

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE ERKEN DÖNEMDE (İLK 72 SAAT) TEKRAR
BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ABDULLAH CÜNEYT HOCAGİL**

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. FİKRET BİLDİK**

**ANKARA
MART 2011**

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE ERKEN DÖNEMDE (İLK 72 SAAT) TEKRAR
BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ABDULLAH CÜNEYT HOCAGİL**

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. FİKRET BİLDİK**

**ANKARA
MART 2011**

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütölmüş
olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından uzmanlık tezi olarak kabul
edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi: .../.../2010

BAŞKAN
İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi

ÜYE
İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi

ÜYE
İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi

ÖNSÖZ

Bilimin gayesi gerçeği bulmak ve mevcut doğruları uygulamaktır. Yeterli çalışmayı ve denetimleri yapmamak, bilimsel gerçeklerle değil de duygular, duyular ve dogmalar ile kararlar vermek; doğru sonuçlara ulaşmamızın önündeki en büyük engellerdir. Doğru sonuçlara ulaşmak için bıkmadan usanmadan ve titiz olarak uğraşılmalıdır.

Ülkemizde yeni sayılabilecek Acil Tıp biliminde yetişmemi ve bilimin temeli olan sabrı öğrenmemi sağlayan Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp Anabilim Dalındaki hocalarım Doç.Dr.Ahmet Demircan, Doç.Dr.Ayfer Keleş, Yrd.Doç.Dr.Fikret Bildik ve Öğr.Görev.Dr.İsa Kılıçaslan'a en içten şükranlarımı sunuyorum. Ayrıca, eğitimim sırasında bana sabreden sevgili eşim Hilal ve kızlarım Azade ile Gülçe'ye teşekkür ediyor, yirmi gün önce aramıza katılan kızım Meryem Su'ya sağlıklı, mutlu uzun ömürler diliyorum.

Dr.Abdullah Cüneyt Hocagil

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR	v
GRAFİKLER DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Servis	3
2.2. Acil Tıbbi Durum Kavramı	3
2.3. Acil Serviste İş Akışı ve Hasta Değerlendirilmesi	4
2.3.1.Acil servise hasta kabulü ve triyaj kavramı	5
2.3.2. Acil serviste konsültasyonlar	9
2.3.3.Acil servisten taburculuk kararı ve taburculuk önerileri.....	10
2.4.Acil Serviste Yüksek Riskli Hastalar	12
2.5.Acil Servis Yoğunluğu ve Nedenleri.....	14
2.6.Acil Servise Sık Başvuru Kavramı ve Nedenleri	17
2.6.1.Acil servise tekrar başvuru.....	18
2.7.Acil Servisin Uygunsuz Kullanımı.....	20
2.8.Acil Servise Erken Dönemde Tekrar Başvuru Kavramı ve Nedenleri	21
2.9.Hastane Kalite Ölçekleri.....	24
2.10.Acil Serviste Malpraktis ve Medikolegal Sorunlar	27

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1. Çalışmanın Özellikleri ve Planı	29
3.2. Verilerin Elde Edilmesi ve Çalışma Grubunun Oluşturulması.....	30
3.3. Veriler ve Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ.....	72
7. KAYNAKLAR.....	74
8. ÖZET	86
9. SUMMARY	88
10. EKLER	91
11. ÖZGEÇMİŞ	93

KISALTMALAR

AAEM	American Acedemy Of Emergency Medicine
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACEP	Amerikan Acil Doktorları Topluluğu
Ark	Arkadaşları
ATT	Acil Tıbbi Triyaj
AS	Acil Servis
BB	Baş Boyun
DM	Diyabetes Mellitus
GÜTF	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
EDTB	Erken Dönem Tekrar Başvuru
GİS	Gastrointestinal Sistem
GÜS	Genitoüriner Sistem
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
KVS	Kardiyovasküler sistem
SS	Solunum Sistemi
SSS	Santral Sinir Sistemi
SVO	Serebrovasküler Olay
TB	Tekrar Başvuru
ÜSYE	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Hastaların sosyal çevrelerine göre yaşadıkları yerlerin dağılımı.	36
Grafik 2. Madde kötüye kullanım alışkanlıklarının dağılımı.	36
Grafik 3. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı.....	37
Grafik 4. Hastaların erken dönem tekrar başvuru ile önceki gelişindeki şikayetlerinin ilişkisi	38
Grafik 5. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların her iki gelişteki tanıları	38
Grafik 6. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaları önceki gelişlerinde değerlendiren doktorların dağılımı.	41
Grafik 7. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaları önceki gelişlerinde değerlendiren asistan doktorların kıdemlerine göre dağılımı.	41
Grafik 8. Hasta ifadelerine göre aynı şikayetle erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların başvuru nedenlerinin dağılımı.	42
Grafik 9. Erken dönem tekrar başvuruların ilişkili olduğu durumların dağılımı.	47

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Renk kodlaması ve triyaj uygulaması	8
Tablo 2.	Acil servis kalabalığının nedenlerinin sınıflandırılması.....	14
Tablo 3.	Acil servis kalabalığının nedenleri.	15
Tablo 4.	Acil servislerde kalabalığın etkileri.....	16
Tablo 5.	Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların demografik özellikleri.....	35
Tablo 6.	Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların önceki ve erken dönem tekrar başvurudaki vital bulguları.....	39
Tablo 7.	Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların özgeçmişleri	40
Tablo 8.	Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların önceki başvurularında tedavi verilip verilmediği ve reçete kullanımının dağılımı.....	43
Tablo 9.	Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların acil servisten ayrılış şekillerinin dağılımı.....	43
Tablo 10.	Erken dönem tekrar başvuru sonrası Acil serviste ölen hastaların özellikleri.....	44
Tablo 11.	Hastaların önceki gelişlerinde acil serviste kalış süreleri, taburculuk saatleri ve günlerinin dağılımı.	45
Tablo 12.	Erken dönem tekrar başvurular ile ilişkili olabilecek durumların dağılımı.....	46
Tablo 13.	Erken dönem tekrar başvuruların yapıldığı zaman aralıklarının dağılımı.....	47
Tablo 14.	Erken dönem tekrar başvuru şikayetlerinin yaş gruplarına göre dağılımı.....	48

Tablo 15. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların Acil serviste kalış sürelerinin yaş gruplarına göre dağılımı.....	49
Tablo 16. Yaş grupları ile Erken dönem tekrar başvuru sonrası Acil servisten ayrılış durumlarının dağılımı.....	50
Tablo 17. Cinsiyete göre tekrar geliş neden olabilecek durumların dağılımı.....	50
Tablo 18. Hastaların her iki başvurularındaki konsültasyon istenip istenmeme durumlarına göre karşılaştırılması.	51
Tablo 19. Erken dönem tekrar başvuran hastaların konsültasyon istenme durumuna göre acil serviste kalış süreleri.	51
Tablo 20. Hastaların önceki gelişte konsültasyon istemleri ile erken dönem tekrar başvuru süresinin dağılımı.	52
Tablo 21. Hastaların her iki geliş şikayetlerinin aynı, farklı ve ilişkili olmasına göre tekrar başvurularındaki acil servisten ayrılış şekilleri.	53
Tablo 22. Önceki gelişlerinde hastaların taburculuk saatleri ile erken dönem tekrar başvuru yapmalarının altında yatan nedenlerin dağılımı.....	53
Tablo 23. Hastaların erken dönem tekrar başvuruda altta yatan nedenlere göre acil servisten ayrılış şekilleri.	54
Tablo 24. Hastaların erken dönem tekrar başvuruda altta yatan nedenler ile her iki gelişteki tanılarının ilişkisi.	55
Tablo 25. Hastaların ilk ve tekrar gelişlerinde en sık konulan tanılarının dağılımı.....	56

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servisten taburculuktan sonraki ilk 72 saat içindeki başvurular erken dönem tekrar başvuru (EDTB) olarak kabul edilmektedir.¹ Erken dönemde acil servise (AS) tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi dünyada AS ile ilgilenen bazı profesyonellerin üzerinde çalıştıkları bir konudur. Acil servise tekrar başvuru yapan hastalar hastanelerin iş yükünü ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. Acil servis kalabalığının artmasına katkı yaparak, AS kalabalığının yol açtığı tüm sorunlara dolaylı olarak katkıda bulunmakta ve hasta ile doktorlar açısından tıbbi ve hukuki sorunlara neden olmaktadır. Son 10 yılda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de AS'lere başvuran hasta sayısında da belirgin artış vardır. Acil servis kalabalığı ülkemiz hastaneleri içinde ciddi sorunlar oluşturmaya başlamıştır.²

EDTB hastaların, hastanelerin kalite göstergesi olarak kullanılması literatürde oldukça kabul görmüş bir bilgi olarak geçmektedir. Hastalar AS'de değerlendirildikten sonra kısa bir süre içerisinde tekrar geri döndüklerinde genellikle ilk değerlendirme ve tedavilerinin yetersiz olduğu düşünülmektedir.^{1,3} Ancak literatürdeki veriler EDTB'lerin gerçek sebeplerini tam olarak ortaya koyamamaktadır. Yüksek riskli hasta grubundan sayılan bu hastaların demografik özelliklerini, risk faktörlerini ortaya koyacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.^{4,5}

Acil servise planlanmamış EDTB'lerin azaltılması; AS'ye başvuran hastaların sayısında azalmaya, AS'nin kalabalık sorununun iyileştirilmesine, AS çalışanlarının iş yükünün azaltılmasına, sağlık giderlerinin azalmasına, hastalara

daha kaliteli acil bakımının yapılabilmesine, AS’de hasta memnuniyetinin artırılmasına ve doktorların hukuki sorunlarla karşılaşmalarının azaltılmasına yardımcı olacaktır.⁶ Güvenilir belirteçlerin bulunabildiği takdirde bazı geri dönüşlerin önlenebileceği ve risklerin azaltılabileceği bilinmektedir.⁷ Bir çalışmada hastanın yaşı, sosyal güvencesinin varlığı ve ilk gelişteki tanısı EDTB riskini belirlemede anlamlı değişkenler olarak bulunmuştur.⁴

Bu çalışmanın amacı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine erken dönem tekrar başvuran hastaların demografik, sosyolojik ve klinik özelliklerini saptamak, erken dönem tekrar başvuran hastaların tıbbi, kurumsal veya bireysel risk faktörlerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Servis

Acil servis; hastanelerin, acil tıbbi durumdaki hastalara 24 saat kesintisiz acil tıbbi bakımın uygulandığı hastane bölümleridir.⁸ Amerikan Acil Doktorları Birliği (ACEP) (*American College of Emergency Physicians*), AS'leri beklenmedik hastalık ve yaralanma ile karşılaşan hastaların değerlendirildiği, hızlı bakımın, hasta stabilizasyonunun, tedavinin yapıldığı ve gerekirse hastaların ileri merkeze transferinin sağlandığı alanlar olarak tanımlamışlardır.⁹ Türkiye'de AS'lerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken asgari standartlar, Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan "Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ" ile belirlenmiştir.¹⁰

2.2. Acil Tıbbi Durum Kavramı

Acil tıbbi durum; beklenmedik bir anda meydana gelen bir hastalık, kaza, yaralanma veya benzeri durumlarda gereken tıbbi müdahalenin hemen yapılmadığı veya geciktiği takdirde önemli sağlık sorunlarının ve/veya beden bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı durumlardır.¹¹ ACEP'e göre acil tıbbi durum hasta tarafından belirlenir. Kendini acil hasta kabul eden ve bu nedenle AS'ye başvuran herkes acil hasta olarak kabul edilmeli ve değerlendirilmelidir.⁹

Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumunun yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliğinde, “acil tıbbi durum, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde, hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlar” olarak tarif edilmektedir.¹²

2.3. Acil Serviste İş Akışı ve Hasta Değerlendirilmesi

Son 10 yılda AS’ye başvuran hasta sayısında belirgin artış vardır. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) son 10 yılda % 20 artmıştır.¹³ Türkiye’de 2002’de 124 milyon, 2006’da 217 milyon genel poliklinik başvurusu olmuştur.¹⁴ Hasta sayılarında krize varan artma karşısında, AS’de hasta memnuniyetini sağlayabilecek, malpraktisi önleyecek, etkin, verimli, tutarlı, sürdürülebilir ve ekonomik hasta değerlendirme, takip, bakım ve tedavi planı oluşturulmalıdır.¹³ Hastane yöneticileri, artan acil başvuruları nedeniyle daha yeterli tedavi olanaklarını sağlayan yolların arayışı içerisindeyler. Hastanelerdeki AS’lerde, hastalıkların türünü, şiddetini, doğasını ve tedavi prensiplerini temel alan yeni organizasyonlar bulunmasına ihtiyaç vardır.¹⁵ Acil servis kalabalığı klinik değerlendirme kalitesinden hizmet sunum kalitesine kadar tüm aşamaları olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin toplum kökenli pnömoni için antibiyotik zamanı, ST elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMI) hastada perkütan girişim zamanı gecikebilir. Hastaların bekleme zamanı, personel davranışları, hastaların

semptomlarının erken iyileştirilmesi, tıbbi hizmetin algılanan kalitesi ve genel iletişim AS'lerin hizmet kalitesini belirlemektedir.¹³

Geçen zamanla birlikte tıp teknolojisinde özellikle tanıya yönelik çok ciddi gelişmeler olmuştur; ancak klinik değerlendirme ve doktorun bilgisi AS'de hasta değerlendirmenin her zaman temel taşıdır.¹⁶

2.3.1.Acil servise hasta kabulü ve triyaj kavramı

Amerikan Acil Doktorları Birliği, hastaların aciliyetlerini kendilerinin belirleyeceğini ve acil servislere başvuran tüm hastaların kabul edilip doktor tarafından değerlendirilmeleri gerektiğini önermektedir⁹

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı'nın 2009 yılında yayınladığı "Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ" hükümlerine göre acil servislere hasta kabul edilmesini istemektedir.¹⁷

Madde 14: (1) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendilerine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, 112 acil ambulansları tarafından getirilecek vakalar için komuta kontrol merkezi (KKM) talimatlarına göre acil servislerini hazırlamak, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür. İleri tetkik ve tedavisi gereken hastaların diğer sağlık tesislerine sevki, sevk edilecek hastanın tıbbi durumuna uygun nihai tedavisinin sağlanabileceği sağlık tesisinin belirlenmesi ve nakil

işlemlerinin 112 KKM'nin yönetim ve koordinasyonunda, 112 KKM tarafından verilen talimatlara uygun olarak yapılması zorunludur.

Acil servise başvuran hastaların sıklıkla ilk karşılaştığı sağlık görevlisi triyaj hemşiresidir. Triyaj, acil serviste, özellikle kritik hastaların hızlı tanınması için kullanılan hasta güvenliği açısından çok önemli bir kavramdır. Batı dünyasında uzun yıllardır triyaj uygulaması yapılmaktadır. Günümüzde acil servislerde uygulanan triyaj skalalarının daha ileri düzeye getirilmesi üzerine odaklanılmıştır.²⁰

Trijaj: Fransızca “trier” kelimesinden köken almakta ve “sınıflamak, seçmek, ayıklamak” anlamını taşımaktadır Birçok acil durumda uygulanabilen triyajın acil servislerde rutinde uygulanan şekli “Acil Tıbbi Triyaj” (ATT) olarak tanımlanmaktadır. Acil servise başvuran hastaların içerisinde, acil tıbbi durumu olanlara öncelik vererek daha acil olan hastaya daha önce ve çabuk tıbbi bakım vermek için hastaların ayrılmasıdır.¹⁸ Acil servise başvuran her hasta aksi ispatlanana kadar acil kabul edilmeli ve en kısa sürede değerlendirilip tıbbi bakımı sağlanmalıdır. Ancak daha önce belirtildiği gibi acil servis kalabalığı, personel ve kaynakların yetersizliği gibi nedenlerle her hastanın acil servise hemen kabulü yapılamamaktadır. Triyaj alanında yapılacak triyaj kategorisine göre durumu daha acil olan hastalar daha önce acil servise alınmalıdır.¹⁹

Birçok ülkede kategorili triyaj sistemleri geliştirilmiştir. ABD’de, Acil Ciddiyet İndeksi (ESI) (*Emergency Severity Index*), İngiltere’de, Manchester Triyaj Sistemi (MTS), Kanada’da, Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi (CTAS)

Avustralya’da, Avustralya Triyaj Sistemi (ATS) beş kategorili triyaj sistemleridir.¹⁸

Yeni geliştirilen skalalarda vital bulgular ön planda tutulmaktadır. Dünya’nın çeşitli hastanelerinde farklı triyaj skalaları kullanılmaktadır. Henüz birçok batılı ülkede zorunlu bir triyaj uygulaması yoktur.²⁰ Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında çıkarılan tebliğe göre acil servislerde üç basamaklı bir triyaj sistemi uygulanmaya başlanmıştır; ancak, uygulanmaya yeni başlanan bu sistemin uygulanma yaygınlığı ile ilgili veri bulunmamaktadır.¹⁷ Sağlık Bakanlığı’nın acil servislerde uygulanmasını istediği ATT sistemi, tebliğde şöyle belirlenmiştir:

Renk kodlaması ve triyaj uygulaması

Madde 8: (1) Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları Ek-7’de (Tablo1.’de) gösterilmiştir.

Tablo 1. Renk kodlaması ve triyaj uygulaması

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
Yeşil	Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	* Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı * Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü * Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti * Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler * Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar
Sarı	Kategori 1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar. Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar.	* Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği * Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı * Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) * Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta * İnatçı kusma * Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta * Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı * 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta * Şiddetli karın ağrısı olan hasta * Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması * Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk * Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta * Basit kanamalar * Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları * Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu * Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları * Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller * Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim * Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular * Şiddetli olmayan karın ağrısı * Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar
Kırmızı	Kategori 1: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Kategori 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	* Kardiyak arrest * Solunumsal arrest * Havayolu tıkanıklığı riski * Major çoklu travma * Solunum sayısı < 10/dakika * Sistolik Kan Basıncı<80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar * Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtsız olan hastalar * Devam eden veya uzamış nöbet * İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtsız veya hipoventilasyonda olması * Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetri değerinin<%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar * Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski * Dolaşım bozukluğu -Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu -Kalp hızı<50 veya >150 olması -Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon * Akut hemiparazi/disfazi * Letarji ile birlikte ateş (her yaş) * İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması * Major fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma * Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı -Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı * Davranışsal/Psikiyatrik -Şiddet içeren agresif davranışlar -Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar

2.3.2. Acil serviste konsültasyonlar

Konsültasyon, hastadan birinci derecede sorumlu olan doktorun, hasta izlemi sırasında farklı uzmanlık alanlarının görüş ve önerilerine gereksinim olduğuna karar vermesi durumunda veya hastanın isteği üzerine başka bir uzmanlık dalındaki doktora danışması olarak tanımlanmaktadır.²¹

Acil servis doktorları hasta bakım kalitesini arttırmak için gerekli olduğunda diğer bölümlerden konsültasyon istemektedirler.²² Konsültasyon istenmesi acil tıp uygulamasının önemli bir parçasıdır. AS’de konsültan doktor, hastanın yatışı, ileri tedavisi ve önceden takip eden doktoru olduğu için çağrılabilir.²⁴ Diğer bir konsültasyon isteme nedeni, hastanın iyileşmesi normal olarak düşünülen zaman sınırlarını aşmışsa, normal seyreden bir hastalıkta bir komplikasyon araya girmiş ve bu tehlikeli bir durum oluşturmuşsa ya da vakanın tedavisi olanaksız bir durum yaratmışsa veya sorumluluğu paylaşmak için de istenir.²³ Bazı hastalar birden fazla konsültasyona ihtiyaç duyabilirler. Etkin tedavinin sürmesi, için aradaki iletişimin çok iyi olması gerekmektedir.²⁴

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nca 1983 yılında yayınlanan, yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği; “Hem AS doktorunun uygun zamanda konsültasyon istemesi, hem de konsültasyon doktorunun her ne koşulda olursa olsun en kısa sürede bu görevi yerine getirmesi gerekmektedir” şeklinde bir hüküm koymuştur.²⁵

AS’lerde konsültasyon uygulamalarında karşılaşılan sık hatalar, konsültasyona gelmesi gereken doktorun zamanında hasta yanına ulaşmaması

veya konsültasyon hizmetini telefonla veya başka yöntemlerle hastayı görmeden yapmasıdır. Konsültan doktorun görev çağrısına icap etmemesi mesleki bir hata olmayıp, idari açıdan değerlendirilen ve görevi ihmal olarak bilinen bir suçtur.²⁶

AS’de gerekli uygun konsültasyonun yapılmamış olması veya hastanın sevk edilmemesi, bu konuda açılan davaların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Çoğu zaman tanıya yönelik yeterli anamnez, laboratuvar, radyolojik incelemeler ve konsültasyonlar olmadan derhal tedaviye başlamak zorunda kalan AS doktorlarının, önceden oluşturulmuş tedavi protokollerini uygulanması doğru yaklaşım tarzıdır. Konsültasyon hizmetleri AS hizmetlerinin önemli parçasını oluşturmakta ve AS doktorunun sorumluluğu ancak hastanın sorumluluğunun başka bir doktor tarafından üstlenilmesi ile sona ermektedir.²⁶

2.3.3.Acil servisten taburculuk kararı ve taburculuk önerileri

Bir acil serviste, ciddi problemleri olan bir hasta ile karşılaşmaktan çok daha zor olan konu, bakılan hasta ile ilgili son kararın verilmesidir.²⁷

Sağlık bakım ücretlerinin artması ve hastanede daha az kalmayı bekleyen toplumun temel alındığı sağlık uygulamaları ile birlikte hasta taburculuk planlanmasının önemi giderek artmaktadır. Etkili taburculuk planlanması, hastalar için bakımın sürekliliğini ve hasta güvenliğini sağlamanın yanında, sağlık kurumları ve çalışanları için de yararlar sağlamaktadır. Planlı taburculuklar ile hastanede kalış süreleri ve tekrar başvuru sonrası yatışlarda azalma, taburculuk

esnasında artmış hasta memnuniyeti, yaşam kalitesinin artırılması ve sonraki kontrollere rahat ulaşım imkânları oluşmaktadır.²⁸

Hasta taburculuğu esnasında plansız davranılması; şikayetlerin tekrarlama riski, komorbit hastalıkların ihmali, yanlış tedavi, ilaç yan etkileri, para kayıpları ve hasta yakınlarının ajitasyonu gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Tüm bunlar acil servise mal edilebilir.²⁹ Plansız taburculuklar sonucunda %18 gibi yüksek oranda hastaların 72 saat içerisinde AS'ye tekrar geri döndükleri görülmüştür.³⁰

Hastaları taburcu etme işlemi genellikle planlı şekilde yapılır. Hastanın planlı taburcu edilmesi hastayı takip ve tedavi eden doktorun sorumluluğundadır. Hemşire, hastaya veya evde bakım verecek kişiye kullandığı ilaçlar, verilecek bakımın özellikleri, verilmesi gereken destek hizmet ve kontrollere gelinmesi gibi konularda planlı bir taburculuk bakımı için eğitim yapmalıdır.²⁹ Acil doktorları, medikolegal sorunların artmaması açısından, taburculuk sonrası ile ilgili takip ve bakım önerilerinde bulunmalıdırlar.²⁷

Potansiyel ciddi hastalığı olabilecek ve kesin tanısı konmamış hastalar(ör. karın ağrısı), AS'den taburculukları esnasında, şikayetlerinin tekrarı veya ek şikayeti olması durumunda geri dönmeleri konusunda açık bir şekilde uyarılmalıdırlar.¹³ Hastanın acil serviste kalmasına, başka bir doktora gitmesine veya bir hafta sonra polikliniğe başvurmasına karar verme süreci oldukça zordur. Kritik bir hasta, başka bir bölümün takipli hastası olsa bile AS'den gönderilmemelidir; çünkü hasta, uzun bir süre ilgili bölüme ulaşamayabilir.³¹

Hastanın, taburculuk sırasında verilen sözlü önerileri tam olarak anlaması ve yazılı önerileri okuyabilmesi; bu önerilere uyması açısından önemlidir.³² Literatürde taburculuk önerilerinin yazılı formlarının hastalara verilmesinin hasta uyumunu arttırdığı tespit edilmiştir.³³

Yaşlı hastalarda (>65yaş) taburculuktan sonraki hasta bakım olanaklarının düzenlenmesi için gösterilen çabalar, yaşlı hastaların tekrar hastane başvurusunu azaltmaktadır. Hastaneler bu grup hastaların taburculuğu için koordinasyonları sağlayan birimler oluşturmalıdır.³⁴

2.4.Acil Serviste Yüksek Riskli Hastalar

ABD’de 1996-2005 yıllarını kapsayan hasta profillerini inceleyen bir çalışmada genel nüfustaki yaşlanmanın acil servis hasta profiline de yansıdığı tespit edilmiştir.³⁵

Zautcke, yaptığı çalışmada anormal vital bulguları olan hastaları, karın ağrısı, göğüs ağrısı ve şiddetli ağrısı olan hastaları, 16 yaşın altındaki hastaları ve yürüyemeyen hastaları yüksek riskli hasta olarak tanımlamıştır.³⁶

Yaşlı hastalar AS’lerde giderek artan sayılarda acil doktorlarının karşısına çıkmaktadırlar. Bu hastalar AS’ye tekrar dönme, hastaneye yatış ve ölüm oranlarının yüksek olması risklerine sahiptirler.³⁷

Acil servis başvurularının dörtte birini yaşlı hastalar oluşturmaktadır. Yaşlı hastalar, AS'ye sık başvurumaktadırlar. Bu hastaların hastalıklarının atipik prezantasyonu, zihinsel fonksiyonlarındaki yetersizliklerinin sık olması ve çok sayıda altta yatan hastalıklarının olması, sosyal desteklerinin az olması, depresyon yaygınlığı, bedensel fonksiyonlarının azalmış olması ve çok sayıda ilaç kullanıyor olması gibi nedenler, değerlendirilme ve tedavilerinin zor olmasına neden olmaktadır. Bir çok AS doktoru yaşlı hasta bakımı konusunda tecrübesiz olduklarından dolayı yaşlı hasta bakımı esnasında huzursuz olurlar. Yaşlı hasta bakımı ile ilgili bilgileri arttırmak, tanı için gerekli ekipmanları ve testleri iyi kullanmak acil doktorlarının hasta bakım kalitesini arttıracaktır.^{37,38}

Fan J'nin çalışmasında yaşlı nüfusa ait tekrar geliş ve hastaneye yeniden yatış için ek riskler tanımlanmıştır. Bu ek riskler; ileri yaş, günlük yaşam aktivitelerinde azalma, sosyal desteğin olmaması, düşkünlük, kalp hastalıkları, diyabetes mellitus (DM), yakın zamanda hastaneye yatış, hastane ziyareti ve çok sayıda ilaç kullanmasıdır. Yaşlı hastalar için triyaj risk taraması (TRST) (*Triage Risk Screening Tool*) skoru tanımlanmıştır. TRST'de; >64 yaş, AS'ye tekrar geliş, hastane yatış öyküsü, uzun süreli hastanede yatış (30-120 gün) durumlarına bakılır. Bunlardan iki ve fazlası varsa hasta yüksek riskli kabul edilir.³⁹ Lerman'ın makalesinde, ilk 72 saatte acil servise tekrar gelen hasta grubunun yüksek riskli olduğu ve daha iyi değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.⁶⁵

2.5.Acil Servis Yoğunluğu ve Nedenleri

Acil servis yoğunluğunu bilimsel olarak tanımlamak zordur, bu nedenle birçok tanımlama kullanılmıştır. Hasta kabulündeki gecikme, koridorda hasta bakımı, hastanın servise transferindeki gecikme ve uygun sürede verilmesi gereken hizmetleri geciktirecek talepler, doktor ve hemşirelerin kaliteli bakımı veremeyecek kadar kendilerini yorgun hissetmeleri yoğunluk olarak tanımlanmıştır.⁴⁰ Bir sınıflandırmada, acil servis kalabalığının üç genel nedeni bulunmaktadır. Bunlar, hasta girişi ile ilgili faktörler, AS'deki faktörler ve hasta çıkışı ile ilgili faktörlerdir.⁴¹

Tablo 2. Acil servis kalabalığının nedenlerinin sınıflandırılması.

Hasta Girişi İle İlgili Faktörler
Acil olmayan ziyaretler
Sık ve çabuk gelen hastalar
Grip sezonu
Acil Servisteki Faktörler
Yetersiz personel
Hasta Çıkışı İle İlgili Faktörler
Yataklı tedavi gören hastalar
Hastane yatak sayılarının kısıtlı olması

Diğer bir AS kalabalığı nedenleri ise maddeler halinde tablo 3.'de sınıflandırılmıştır.⁴⁰

Tablo 3. Acil servis kalabalığının nedenleri.

Acil servise başvuran kompleks hastaların artması
Acil servise başvuran hasta sayısının artması
Bakımla ilgili sorunlar
Hastane yataklarının azlığı
Acil servisteki yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların buraya alınmasından kaçınılması
Radyoloji, laboratuvar ve diğer ek hizmetlerdeki gecikmeler.
Hemşire yetersizliği
İdari personel yetersizliği
Konsültasyonlardaki yetersizlikler
Acil servisteki fiziksel alanın yetersizliği
Dil ve kültürel uyumsuzluklar
Hasta bakıcı eksiklikleri
Kayıt ve doküman tutma gereklerindeki artma
Poliklinik takiplerine ulaşmada zorluklar

AS kalabalığının olumsuz birçok sonucu bulunmaktadır. Bu olumsuz sonuçlar tablo 4’de özetlenmiştir.⁴⁰

Tablo 4. Acil servislerde kalabalığın etkileri

Hasta güvenliğinde risk artması.	Acil servis kalabalığı nedeniyle hasta bakım ve takibinde olan eksiklikler nedeni ile hastaların kliniklerinde bozulmalar olmaktadır.
Ağrı ve acı çekmelerin uzaması.	
Bekleme süresinin uzaması ve hasta memnuniyetsizliği.	
Ambulans retlerinde artma.	
Doktorların verimliliğinde azalma.	Sürekli yeni hasta görmek zorunda olan acil doktorları eski ve yeni hastaları üzerinde yeterince verimli olamamaktadırlar.
Şiddet uygulamalarında artma.	Uzamış bekleme zamanları hasta ve yakınlarında öfke patlamalarına neden olmaktadır.
Akademik merkezlerde öğretimin aksamaması.	Tıp eğiticileri hasta bakımı ile meşgul olurlarken,yatak başı eğitime yeterli zaman bulamamaktadırlar.
Servis içerisinde iletişimde bozulmalar.	Aşırı kalabalık olan dönemlerde iletişim yetersizliği nedeni ile hatalı kararlar artmaktadır.

American Academy of Emergency Medicine (AAEM) AS kalabalığının ulusal bir sorun haline geldiğini bildirmiştir. AAEM’ye göre AS kalabalığı daha çok hastanelerin kapasite eksikliğinden kaynaklanmaktadır ve her hastanenin bu sorunla kendi özel şartları ile ilgili araştırma ve geliştirme yaparak mücadele etmesini önermektedir.¹³

Türkiye’de son yıllarda Sağlık Bakanlığının yürüttüğü “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve “Sosyal Güvenlik Reformu” Türk sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Bu iki sürecin ortak amaçlarından birinin, sağlık

hizmetlerini daha rahat ulaşılabilir yapmak olduğu belirtilmektedir. Poliklinik hizmetlerinin kolay ulaşılır olmasıyla birlikte acil servis başvurularının azalması beklenmektedir. Ancak Türkiye’de daha kolay ulaşılabilir sağlık sistemi oluşturma çabalarından sonra poliklinik başvuruları ile birlikte AS başvuruları da artmıştır. Belirli dönemlerdeki AS başvuruları incelendiğinde başvuru sayısının kişi sayısından fazla olduğu görülmektedir. Aradaki fark, tekrar gelişleri göstermektedir. Türkiyede’ki 2010 yılının ilk 4 aylık verileri incelendiğinde, AS başvuru sayısının başvuran kişi sayısının iki katı olduğu görülmüştür.⁴²

2.6.Acil Servise Sık Başvuru Kavramı ve Nedenleri

Sık AS kullanımı, AS yoğunluğunun artması ile birlikte tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının üzerinde çalıştıkları bir konu olmuştur. Sık acil servis kullanımı ile ilgili yapılan birçok yayında tanımlama bulunmaktadır. Bu tanımlamalarda, bir yılda acil servise yapılan başvuru sıklığı farklı sayılarla ifade edilmiştir. Bazı çalışmalarda yılda 3 ve daha fazla AS başvurusu sık başvuru olarak tanımlanmakta iken, kimisinde yılda 4 ve üzeri başvuru, kimisinde ise yılda 5 ve üzeri başvuru sık başvuru olarak tanımlanmıştır. Ancak literatürde yaygın olarak yılda 4 ve üzerinde olan AS başvuruları sık başvuru olarak tanımlanmaktadır.⁴³⁻

46,43,44,45,46

Acil servisin sık kullanımı ile ilgili literatür incelendiğinde, sık AS kullanıcılarının tüm AS’te bakılan hastaların %8-%14’ü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.^{47,48}

Acil servisin sık kullanıcıları ile ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen henüz sık kullanıcıların özellikleri tam olarak ortaya çıkmış değildir. Bazı hastalar acil olmayan şikayetler ve hastalık dışı gerekçeler ile acil servisi sık kullanıyor olsalar bile; literatürde ortak görüş sık kullanıcıların; mortalitesi yüksek ve yatış gereken kronik hastalıklar sebebiyle acil servisi sık kullanmakta oldukları yönündedir.⁴⁹ Kne yaptığı çalışmada, AS'ye bir yılda 10 ve üzeri sıklıkta başvuran hastaların %55 kadar çoğunluğunun medikal problemleri olduğunu tespit etmiştir.⁵⁰

Yaşlı hastalar, kronik hastalığı olanlar, evsizler, alkol ve madde bağımlıları, psikiyatrik hastalar ve sosyal güvencesi olmayan hastalar, AS'ye sık başvuru yapan hasta grubunu oluşturmaktadır.⁴³

2.6.1.Acil Servise Tekrar Başvuru

Sağlık hizmeti sunumundan memnun kalanlar, gereksinim duyduğunda, yine aynı sağlık hizmeti veren kuruma yönelecektir.⁷⁵

Bir ay içerisinde AS'ye ikinci kez başvuran hastalar tekrar başvuru (TB) olarak kabul edilmektedir.⁵¹ ABD'de AS başvurularının önemli bir bölümünü TB'ler oluşturmaktadır.⁵²

Kalite güvence göstergesi olarak TB'leri izleyen bazı hastanelerde durumu beklenmedik şekilde kötüleşen hastalarda tekrar başvuru oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, hastaların daha büyük çoğunluğu sosyal

ve demografik faktörler gibi daha az tanımlanabilmiş nedenlerle TB’de bulunmaktadır.⁵²

Miro ve arkadaşları (ark), tekrar başvurularla ilgili yaptıkları çalışmada, ilk başvuruda tecrübesiz doktorlar tarafından değerlendirilen ve hastalıkları ile ilgili ikiden fazla semptomları olan hastaların anlamlı olarak daha fazla tekrar başvurduklarını belirlemişlerdir. Literatür taramasında yapılan çalışmalar ile birçok TB nedeni saptanmıştır. TB’ların sık nedenleri şöylece özetlenmektedir: ⁵³

1. Hastalıkların yetersiz tedavisi,
2. Hastaların özellikleri,
3. Kronik hastalıkların iyi tedavi edilmemesi,
4. Önceki başvuruda nedeni saptanamayan karın ağrısı, dehidratasyon, sepsisemi gibi bazı hastalık grupları,
5. Tedavi giderleri sigorta kurumları tarafından karşılanan hastalar,
6. Hastanın ilk görüldüğü yerdeki tanı ve tedavi kalitesinin düşüklüğü,
7. Önceki başvuruları gece saatlerinde olan hastalar,
8. Süregen hastalıkların akut atakları,
9. Kronik ve sık olarak acili kullanan yaşlılar, evsizler, alkolikler,
10. Tek başına yaşayanlar,
11. Yaşlılar.

2.7.Acil Servisin Uygunsuz Kullanımı

Acil servisler, acil tıbbi durum ve kazalar için hizmet vermek üzere tasarlanmış birimlerdir. Ancak AS'ler, sık sık birinci basamakta verilmesi gereken hizmetler için kullanılmak istenmektedir. Bu konuda yapılmış birçok çalışma hastaların 2/3'ünün AS'yi amacına uygun kullandığını göstermektedir.^{2,54,57} Acil servislerin uygunsuz kullanımının etkileri ile ilgili kabul edilmiş genel bir fikir birliği olmamasına rağmen şu tür sonuçlarının olduğu kabul edilmektedir:⁵⁷

- 1) Birinci basamakta takipli olan hastaların tedavilerinde değişikliklere gidilebilmekte ve takiplerinin aksamasına yol açmaktadır.
- 2) Acil servisin kaynaklarını hayatı tehdit eden durumlar yerine daha basit sorunlara yönlendirmek zorunda kalınması.
- 3) Artmış iş yükü ile birlikte hastanenin yapmış olduğu organizasyonun bozulması.
- 4) Acil servis bakım maliyetlerinin birinci basamaktan daha fazla olması ihtimali olabilir.

Afilalo ve ark. çalışmasında, AS hastalarının %15'inin ayaktan bakım yapılabilecek hastalardan oluştuğu bulunmuştur.² Fransa, İtalya, İsviçre ve İspanya'da yapılmış çalışmalarda AS'ye başvuran acil olmayan hasta oranları sırası ile %29, %19.6, %27, %29.6 oranlarında bulunmuştur.^{54,55,56,57} Çocuk AS'de yapılan çalışmada başvuruların %47'sinin acil olmayan hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir.² Afilalo ve ark. çalışmasında, ayaktan tedavi edilebilecekleri halde AS'yi kullanan hastalar, AS'yi kullanma nedenlerini en sık olarak; AS'ye

duydukları güven, durumu acil olarak algıladıkları ve evlerine yakın olduğu şeklinde açıklamışlardır.⁵⁸

Uygunsuz kullanımla ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda hastanın aciliyet durumu doktor tarafından değerlendirildikten sonra tespit edilmiştir. Farklı çalışmalarda farklı kişilerin yaptığı değerlendirmeler söz konusu olduğu için bu çalışmaların sonuçları kıyaslanamamaktadır. Uygunsuz kullanımların belirlenmesi için de hastalar bir doktor tarafından değerlendirilmelidir. Doktor tarafından değerlendirilmeden ve gerekli tetkikler yapılmadan bir hastanın acil olup olmadığına karar vermek hatalı bir yaklaşımdır. Günümüz modern anlayışında hastalar aciliyetini kendileri belirlediğinden ve AS'ye gelen her hasta değerlendirilmek zorunda olduğundan, uygunsuz kullanımlar şeklinde tanımlanan hasta grubu, acil servislerin kendi içerisinde yapacağı hızlı bakı alanları benzeri organizasyonlarla değerlendirilebilmelidir.

53,57,59,60,61,62

2.8.Acil Servise Erken Dönemde Tekrar Başvuru Kavramı ve Nedenleri

Plansız EDTB'ler bir hastanın acil servisten taburcu edildikten sonraki 72 saat içinde aynı temel şikayetle tekrar başvurması olarak tanımlanmıştır. Hastalar AS'den çıktıktan kısa bir süre sonra EDTB'de bulunduklarında genellikle ilk değerlendirme ve tedavinin hatalı olduğu kabul edilmektedir.⁶³ Ancak EDTB nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır.³

Birçok EDTB tıbben önemsiz olabilir, çünkü önemli sayıda hastanın AS'yi acil olmayan problemler için kullandığı bilinmektedir. AS'yi tekrar ziyaret eden hastaların acil servisi suistimal ettikleri ya da yanlış kullandıkları düşünülmemelidir. Başka bir hastaneye gitmek yerine, ilk müdahaleye güvenerek müdahalenin yapıldığı acil servise geri dönen hastalar AS'ye ve AS doktorlarına, problemlerinin çözümleri için ikinci bir şans vermektedirler. Özel muayeneler, laboratuvar çalışmaları, fiziksel muayene ve detaylı öz geçmiş araştırmaları önyargısız olarak tekrar değerlendirilmelidir.³

Acil servise EDTB yapan hastalar yüksek risk grubu olarak tanımlanan hastalardan oluşmaktadır. Planlanmamış geri dönüşlerin çoğu medikal hatalar yerine hastalık ve hasta ile ilgili faktörlerden kaynaklanıyor olsa bile bu vakaların 1/3 ü engellenebilir.⁴

Yaygın bir hastalık alışılmadık bir seyir izleyebilir veya atipik bir şekilde başlayabilir. Böyle bir hasta, AS'ye EDTB yaptığında ilk tanının hatalı olabileceği düşünülmelidir. Kardiyovasküler hastalığı, enfeksiyöz hastalığı, nörolojik veya endokrinolojik bozukluğu olan yaşlı hastalar sıkça alışılmadık veya önemsiz belirtiler gösterirler. Bu grup hastalar yanlış tanı alabilir, AS'den erken ayrılmalarına yol açabilir. EDTB'lere neden olan faktörlere örnek olarak; Yetersiz medikal bakım, hastalığın türü, kişisel farklılıklar, yetersiz taburculuk önerileri veya medikal bakım sistemindeki hatalar sayılabilmektedir. Hastalığın doğal seyri, yetersiz tedavi, aşırı anksiyete reaksiyonu ve medikal hatalar arasındaki ayrımı yapmak zordur.³

Gordon ve ark. yaptıkları çalışmada, EDTB yapılması için risk oluşturan ilk geliş tanıları dehidratasyon, sepsisemi, karın ağrısı, nöbet, astım, idrar yolu enfeksiyonları, pnömoni olarak saptanmıştır.⁶⁴ Başka bir çalışmada; mental bozukluklar, alkolle ilişkili durumlar, depresif bozukluklar, idrar yolu enfeksiyonları, üriner taş hastalığı, piyelonefrit, göğüs ağrısı, karın ağrısı ve bulantı kusma geri dönüşler için yüksek riskli hastalar olarak tespit edilmiştir.⁴ AS hastalarında %7 olan dehidratasyon görülme sıklığı, EDTB yapan hastalarda %15, TB yapan hastalarda %20 oranında görülmektedir.⁵²

Lerman, çalışmasında; ilk 72 saatteki EDTB'lerin, hasta eğitimi ve tıbbi bakım ile %32,5'inin önlenabilir nedenlerden kaynaklandığını belirlemiştir.⁶⁵ Hastalara taburculuk önerilerinin daha iyi verilmesi, taburculuk sonrası telefon görüşmeleri ve ev ziyaretleri gibi düşük maliyetli önlemler EDTB'leri engelleyebilir.⁶⁴

Acil bakımın kalite kontrolü üzerinde çalışmalar yapılması, AS'nin geliştirilmesi, bakım kalitesini yüksek seviyede tutmak için önemli bir görevdir. AS'ye EDTB yapan hastaların incelenmesi, yeni gelişen ve çok önemli bir kalite kontrol göstergesidir.³ Literatürde de, AS'ye EDTB'lerin oranı kalite göstergesi olabileceği belirlenmiştir.^{66,67}

Gordon makalesinde, çocuk ve erişkinlerde, EDTB yapıp hastaneye yatırılan hastaların en yaygın başlangıç tanısının dehidratasyon olduğunu yazmıştır.⁵²

Tekrar dönüşleri azaltıcı çabalar zaten kalabalık olan AS'lerin aşırı veya yanlış kullanımını engellemek için gereklidir.⁴

2.9.Hastane Kalite Ölçekleri

Amerikan Tıp Enstitüsü sağlıkta kaliteyi, birey ile toplumların, istediği sağlık bakımına ve mevcut mesleki bilgilere ulaşma derecesi olarak tanımlamıştır. Amerika Teknoloji Ofisi ise sağlıkta kaliteli bakımı, malpraktisi en aza indirmek ve güncel bilgileri kullanarak hastalara ideal hizmeti vermek olarak tanımlamıştır.⁶⁸

Önceden hastane kalite ölçüsü olarak hastane büyüklüğü, tesis- ekipman kalitesi ve servislerin koşullarının kalitesi gibi yapısal veriler hastane kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılmaktaydı. Amerika Sağlık Finans Kurumu kalite göstergesi olarak mortalite oranlarını kullanmaya başladıktan sonra, kalite göstergesi olarak yapısal olmayan göstergeleri kullanmak yeni bir eğilim olmuştur.⁶⁹

Longest yaptığı bir çalışmada kalite göstergesi olarak mortalite oranlarını, doktor oranlarını ve yardımcı sağlık personeli sayısını kullanmıştır.⁶⁹ Majör ameliyatlardan sonrası hastanede veya ameliyattan sonrası 30. güne kadar olan ölüm oranları, hastane kalite ölçeği olarak kullanılabilecek farklı bir gösterge olabilir.⁷⁰

Krause'nin çalışmasında, yaşlıların bakıldığı hastanelerde hastaların kalış süresince en sık karşılaştığı problem olan düşmeler hastane kalite göstergesi

olarak araştırılmış ve uygun bir kalite göstergesi olarak bulunmamıştır.⁷¹ Goldman çalışmasında, ABD’de kentsel ve kırsal bölgedeki hastanelerin aynı kalite göstergeleri ile kıyaslanmalarında yanlış değerlendirmelerin olabileceğinden yola çıkarak; kırsal bölgedeki hastanelerin kalite göstergesi olarak akut miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği ve pnömoni tedavilerine yaklaşımda kullanılan ilaçların bu hastanelerin genel kalite göstergesi olabileceğini ileri sürmüştür.⁷²

Hastane kalitesinin belirlenmesi için geliştirilmiş farklı ölçekler bulunmakla beraber; hastaneler, sağlık kurumları akreditasyon organizasyonlarının önerilerini temel alarak, kendi özelliklerine ve verilen hizmetler bütününe göre, kalitelerini belirleyecek belirteçler geliştirebilir. Bir hastane, standardize edilebilir ve ölçülebilir göstergeler oluşturarak kendi kalitelerini değerlendirip geliştirebilmelidir.⁷³

Rath ve ark. hastanelerinde kalite gelişimi için yaptıkları çalışmada kullandıkları göstergeler şunlardır.⁷³

- 1) Planlanmayan geri kabuller,
- 2) Hastane enfeksiyonları gelişimi,
- 3) Antibiyotik başlanması,
- 4) Ventilatöre bağlı hasta sayısı,
- 5) Yatak yarası gelişimi,
- 6) Hemşirelik masrafları,
- 7) Aynı yatış süresince planlanmamış tekrar ameliyatlar,
- 8) Aynı yatış süresince planlanmamış yoğun bakım yatışları,

- 9) Hasta memnuniyeti,
- 10) Mortalite oranları,
- 11) Hasta taburculuklarının zamanında dokümantasyonu
- 12) Hastaların kalış sürelerinin uzunluğu.

Grenier-Sennelier ve ark. Fransız hastaneleri için sekiz maddeden oluşan ulusal kalite göstergesi belirlemişlerdir.⁷⁴

- 1) Ağrı yönetimi etkinliği,
- 2) Bakımın sürekliliği,
- 3) Beslenme bozukluklarının yönetimi,
- 4) İatrojenik riskler (hastane enfeksiyonları dahil)
- 5) Hasta memnuniyeti,
- 6) Takip ve uygulama kılavuzları,
- 7) İnsan kaynakları yönetimi,
- 8) Erişilebilirlik.

Sağlık sistemi hakkında bilgi edinmek ve kalitesini arttırabilmek için başlıca incelenmesi gereken değişkenler hizmetin kullanım derecesi, amacına ulaşma derecesi ve memnuniyet puanlarıdır.⁷⁵

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının değerlendirilmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının

belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacı ile “ Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” adlı bir yönerge çıkarmış ve bu yönergeyle, ülkedeki tüm hastanelere ortak bir kalite ölçütü getirmeye çalışmaktadır. Yönerge ile birlikte uygulanan “hizmet kalite ölçeği”, 21 ana boyut, 79 soru ve bu sorulara ait 358 alt bileşenden oluşmaktadır.⁷⁶

Kalite gelişimi üzerine yapılan çalışmalar sonrasında, aynı anda hastanelerin verimliliklerinin arttığı görülmüştür.⁶⁹

2.10.Acil Serviste Malpraktis ve Medikolegal Sorunlar

Sağlık sorunları içinde önemli bir yer tutan AS hizmetleri, doktorun görev ve sorumluluğunu diğer vakalara göre daha fazla artırmaktadır. Acil vakalarda doktorların görev ve sorumluluğu normal vakalara göre daha da artmaktadır. Doktorların deontolojik olarak uygulaması gereken kuralların önemli bir bölümü acil vakalarla ilgilidir. Acil vakanın kabulünden başlayarak değerlendirilmesinde ve sevk işlemlerinde yapılan tıbbi uygulama hatalarından dolayı çoğu zaman doktorlar hakkında dava açılabilmektedir.^{26,77}

Acil müdahale gerektiren durumlarda doktor, hastasının veya yakın çevresinin görüş ve etkilerini dikkate almaksızın bilim ve mesleğinin gereklerini yerine getirmeli ve ilk yardımda bulunmalıdır. Bu sorumluluk hastanın

transportunu da kapsamak üzere devam eder. Ancak başka bir doktor tarafından tedavisinin üstlenilmesi ile sona erer.⁷⁷

Acil servislerin ve hastalarının, değişken dinamik yapısı karşısında acil doktorları her konuya yetişememekte; Bu durum ise kendilerinin sık sık ihmal suçlaması ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır.⁷⁸

Malpraktis kavramı bir doktorun hastaya zarar vermesi ile sonuçlanan yanlış tedavi ve yanlış hasta yönetimini ifade etmektedir. Malpraktis kavramı farklı hukuk sistemlerinde farklı tanımlanabilmektedir. Bu nedenle malpraktis için şu üç durum öne çıkar.⁷⁹

- 1) Klinisyenin hastaya bakma zorunluluğu vardır.
- 2) Klinisyen bu görevini yapmamıştır,
- 3) Hasta bu durum sonucunda zarar görmüştür.

Dünya genelinde yaygın olan davalarda, doktorların en çok suçlandığı konu eksik ve yanlış tanı konduğu yönünde olmaktadır. Malpraktislerden ve davalardan kaçınmak için acil doktorları, kanıta dayalı ve evrensel kabul görmüş algoritmaları temel alarak hasta değerlendirmelidirler. Malpraktis davaları geriye dönük olarak elde edilebilen dokümanlar üzerinden yürütüldüğünden acil doktorları yaptıkları her işlem, öneri ve tedaviyi modern anlayışa uygun olarak kayıt altına almalıdır.⁷⁹

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Özellikleri ve Planı

Çalışma; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında yapılmıştır. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1020 yataklı, 3. basamak bir hastanedir ve AS'ye, yıllık yaklaşık 55.000-60.000 erişkin hasta başvurusu olmaktadır. Acil Tıp Anabilim Dalında iki doçent, bir yardımcı doçent, bir uzman ve 21 araştırma görevlisi çalışmaktadır.

Her ay, diğer bölümlerde (ortopedi, beyin cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, kalp damar cerrahisi, plastik cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları, göz hastalıkları, üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, kardiyoloji, nöroloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikiyatri) uzmanlık eğitimi alan genellikle ilk yıl asistanları (sayıları 4-6 arası olmaktadır) rotasyonel olarak AS'de çalışmakta, her ay aynı sayıda acil tıp asistanı da başka bölümlere rotasyona gitmektedir.

Bu çalışma; retrospektif, tanımlayıcı kayıt tarama ve telefonla yapılan 11 sorudan (beş soru demografik veri elde etmeye yönelik) oluşan anketi içeren, iki basamaklı bir çalışmadır. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden, 06.04.2010 tarihli ve 781 sayılı onay alındıktan sonra yapılmıştır. Resmi onaydan sonra bir aylık bir ön çalışma yapılmıştır. Bu ön çalışma sonrasında, çalışmada incelenmesi gereken soruları, hastaların demografik verilerini ve anket sorularını içeren vaka kayıt formu oluşturuldu.

Çalışma, bir yılı kapsayacak şekilde; 01.06.2009-31.05.2010 tarihleri arasındaki, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin AS'ye başvurmuş olan 17 yaş üzeri hastaları kapsayacak şekilde planlandı.

3.2.Verilerin Elde Edilmesi ve Çalışma Grubunun Oluşturulması

Hasta grubu oluşturulurken ilk olarak hastane fatura biriminden 01.06.2009-31.05.2010 tarihleri arasında, AS'ye erken dönemde (ilk 72 saat) tekrar başvuran, hastaların verilerini içeren listeler alındı, hastane bilgi sisteminde (Avicenna®) bulunan kayıtları incelendi. Bu hastaların dosyaları arşiv biriminden prosedürlere uygun olarak istendi, veriler çalışma formuna kaydedildi. Bu hastalara telefonla ulaşılarak 11 soruyu içeren anket yapıldı.

Hastane ve servis içi prosedürler nedeni ile mükerrer giriş yapılan, arşivde dosyası bulunamayan, hasta dosyalarındaki bilgileri yetersiz olan, telefonla ulaşılamayan veya telefonla bilgi vermeyi kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

3.3.Veriler ve Verilerin Değerlendirilmesi

Hastaların demografik verileri, altta yatan hastalıkları, başvuru şikayetleri, başvuru ve taburculuk zamanları, önceki başvurudaki işlemleri, tanılar, tekrar başvuruya yol açması muhtemel durumları ve vital bulguları, diğer bölüm

konsültasyonları, AS’de kalış süreleri, servislere veya yoğun bakıma yatışı içeren hastane bilgileri işletim sistemindeki ve dosyalarındaki verilerden çalışma formlarına kayıt edildi.

Vaka tarama formunda hasta şikayetleri sistemlere göre sınıflandırıldı. Birden fazla sistemi içeren şikayeti olan hastalarda öyküde en çok vurgulanan şikayeti ve/veya taburculuk tanısına en yakın şikayeti veri olarak alındı.

Hastanın tekrar başvurusu ile önceki başvurusundaki şikayetleri aynı, farklı ve ilişkili olarak sınıflandırıldı. Önceki şikayetin olduğu sistem ve organı ilgilendiren diğer şikayetler ve ilk tanıya bağlı olarak uygulanan tedavi ve girişimler sonrası oluşan şikayetler “ilişkili şikayet” olarak kabul edildi.

Her iki başvurudaki son tanımlar aynı, farklı, ilişkili olarak 3 grupta sınıflandırılmıştır. Burada ilişkili tanı olarak belirtilen durumlar, önceki hastalığın veya tedavisinin yol açtığı klinik bozukluk olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada, hastanın tekrar başvurusunun hangi nedene bağlı olduğunun belirlenmesinde şu ölçütler kullanılmıştır;

Hasta ile ilişkili EDTB nedenleri:

1. Servisten medikal önerilere rağmen kendi isteği ile ayrılması
2. Yönlendirildiği ve imkanı olduğu halde ilgili polikliniğe başvurmaması.

3. Düzenlenen reçeteyi kullanmaması.
4. Keyfi ve sorunu olmadan kontrol amaçlı tekrar başvuru yapması

Doktor ile ilişkili EDTB nedenleri:

1. Yanlış veya eksik tanı ve tedavi.
2. Erken taburculuk
3. Tanısal prosedürlerin ve algoritmaların uygulanmaması.
4. Beklenen durumlarla ilgili hastaya yeterince bilgi vermemek ve olası tedbirlerin alınmasını sağlamamak
5. Konsültasyon ve yatış endikasyonunun konmaması.

Hastalıkla ilişkili EDTB nedenleri:

1. Hastalıkların beklenen gidişatından kaynaklanan EDTB'ler.

Sistemle ilişkili EDTB nedenleri:

1. Serviste yer olmaması nedeni ile hastanın yatırılmaması.
2. Erken dönemde poliklinikten randevu alamaması.

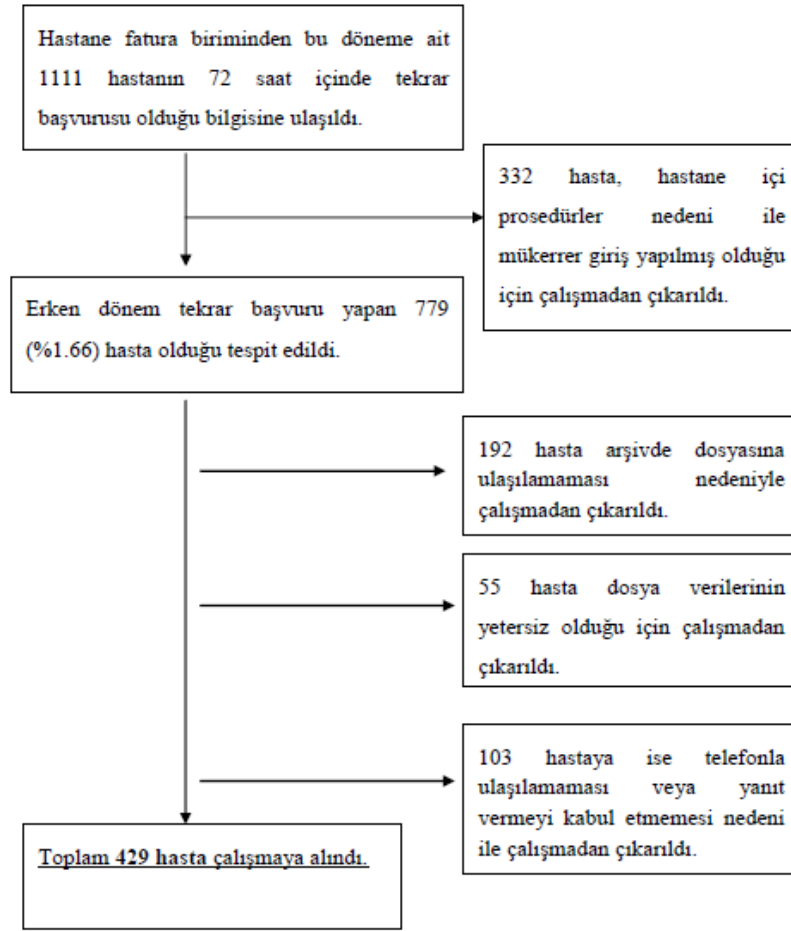
Çalışmanın ikinci aşamasındaki telefonla anket uygulaması hepsi üniversite mezunu olan dört anketör tarafından beş gün boyunca 16.00-19-00 saatleri arasında gerçekleştirildi. Anketi oluşturan ikinci gelişin hangi durumla ilişkili olduğu sorusu başka bir hastanede görevli bir Acil Tıp Uzmanınca değerlendirildi (FORM 1) (Ek 1).

Telefonla anket çalışmasında hastalara; Hastalığı hakkında bilgi verildi mi? Tetkik yapıldı mı? Tetkik sonuçları tam açıklandı mı? Verilen reçete tarif edildi mi? Tekrar gelmesi gereken acil durumlar anlatıldı mı? sorularını içeren, evet ve hayır şeklinde iki cevaplı beş soru ile AS'ye tekrar başvurmalarının nedeni ile ilgili (şikayetleri geçmedi, şikayetleri arttı, şikayetleri erkenden tekrar etti, polikliniğe yönlendirilmedi, polikliniğe ulaşamadı, polikliniğe gitmedi, poliklinikten yönlendirildi, poliklinikten memnun kalmadı ve aynı şikayet ile gelmedim cevaplarını içeren) bir soru ve eğitim durumunu, medeni halini, mesleğini, sosyal çevresini ve alışkanlıklarını öğrenmeye yönelik toplam on bir soru soruldu (EK 1).

Elde edilen veriler SPSS 16 (*Statistical Package for Social Science*) istatistik programına numerik değerlere dönüştürülerek kaydedildi. Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde, Chi-Square ve Fisher Exact testleri kullanıldı. $p<0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

3. BULGULAR

Çalışma, 01.06.2009-31.05.2010 arasını kapsayan bir yıllık dönemde yapılmış olup; bu süre içerisinde AS'ye toplam 46.800 erişkin hasta başvurmuştur.

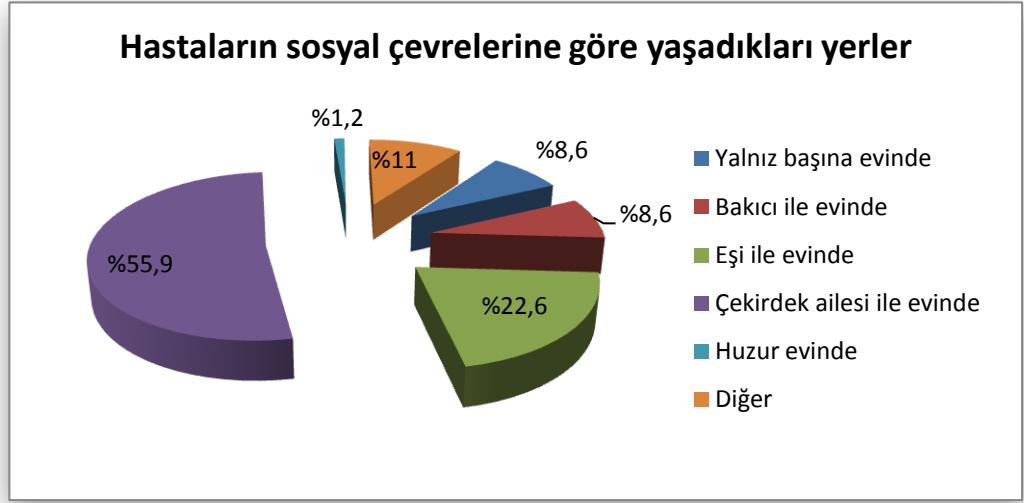


Çalışmada, hastaların 172'sinin (%40,1) 17-34 yaş, 193'ünün (%45,0) 35-65 yaş ve 64'nün (%14,9) ise 65 yaş üstünde olduğu görüldü (Tablo 5). Hastaların 222'si (%51,7) erkek, 207'si (%48,3) kadındı. Vakaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($P=0,469$) (Tablo 5). Erken dönem

tekrar başvuru yapan hastaların %3,5'inin sosyal güvencesinin olmadığı saptandı. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların daha yüksek oranda eğitimli hastalardan ve aktif olarak çalışmayan emekli ve ev hanımlarından oluştuğu tespit edildi (Chi-Square, $p=0,001$) (Tablo 5).

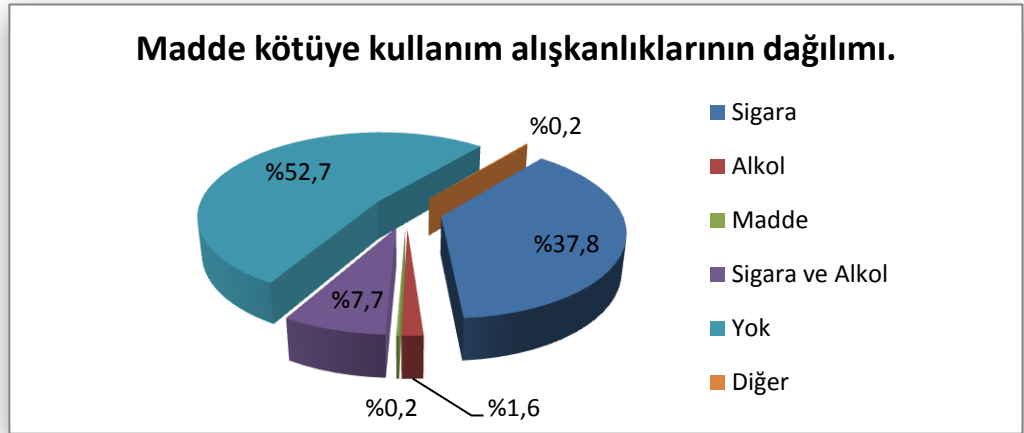
Tablo 5. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların demografik özellikleri.

	n	%	P değeri Chi-square
Yaş grupları			
17-34	172	40.1	
35-65	193	45.0	
>65	64	14.9	0,001
Cinsiyet			
Erkek	222	51.7	
Kadın	207	48.3	0,469
Eğitim durumları			
Üniversite	132	30.8	
Lise	116	27.0	
İlköğretim	151	35,2	
Yok	30	7.0	0,001
Medeni durumları			
Evli	263	61.3	
Bekar	166	38,7	0,001
Meslekleri			
Emekli	96	22.4	
Memur	65	15.2	
Esnaf	24	5.6	
İşçi	56	13.1	
Ev hanımı	110	25.6	
İşsiz	23	5.4	
Öğrenci	55	12.8	0,001
Sosyal güvence			
Var	414	96.5	
Yok	15	3.5	0,001
Toplam	429	100,0	



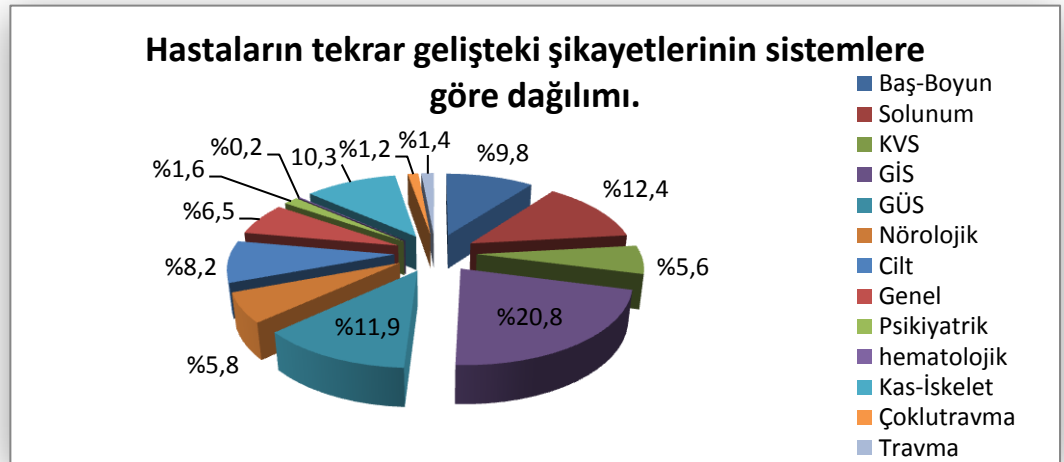
Grafik 1. Hastaların sosyal çevrelerine göre yaşadıkları yerlerin dağılımı.

Çalışma grubundaki 429 hastanın %55.7'si çekirdek ailesi ile %22.6'sı eşi ile birlikte, %8.6'ı yalnız başına, %1.2'sinin ise huzur evinde yaşadığı saptandı (Grafik1).



Grafik 2. Madde kötüye kullanım alışkanlıklarının dağılımı.

Çalışmada EDTB hastaların madde kötüye kullanımı incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun (%52,7) herhangi bir madde alışkanlığı olmadığı, sigara kullanan hasta oranının ise %37,8 olduğu tespit edildi (Grafik 2).



Grafik 3. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı

Hastalarda en sık EDTB şikayeti gastrointestinal sisteme (GİS) ait olup %20 oranındadır. Bunu %12,4 ile solunum sistemi (SS), %11.9 ile genitoüriner sistem (GÜS), %10.3 ile kas iskelet sistemi izlemektedir. Hastaların tekrar gelişteki şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Chi-square testi, $p=0,001$) (Grafik 3).



Grafik 4. Hastaların erken dönem tekrar başvuru ile önceki gelişindeki şikayetlerinin ilişkisi

Hastaların %73,0'ı önceki gelişle aynı şikayetle tekrar başvurmuştur (Grafik4).



Grafik 5. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların her iki gelişteki tanıları

Hastaların her iki gelişteki tanılarının ilişkileri değerlendirildiğinde %47,1 oranında aynı tanıyı aldıkları görüldü vakaların %73,0'ı aynı şikayetle EDTB

yapmış olmalarına rağmen %47,1'i aynı tanıyı almıştır. Hastaların her iki gelişteki tanıların dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Chi-Square testi, p=0,001) (Grafik 5).

Tablo 6. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların önceki ve erken dönem tekrar başvuruındaki vital bulguları.

Önceki gelişteki vital bulguları			Tekrar gelişteki vital bulgular			P değeri
Vital bulgular	n	%	Vital bulgular	n	%	
Ateş			Ateş			
<36	4	0,9	<36	7	1,6	
36-38	400	93,2	36-38	382	89,0	
>38	25	5,8	>38	40	9,3	*0,095
Nabız			Nabız			
<60	4	0,9	<60	3	0,7	
60-100	321	74,8	60-100	309	72,0	
>100	104	24,2	>100	117	27,3	*0,566
Kan basıncı			Kan basıncı			
<90/60	11	2,6	<90/60	16	3,7	
90/60-140/90	369	86,0	90/60-140/90	366	85,3	
>140/90	49	11,4	>140/90	47	11,0	*0,612
SO₂			SO₂			
<90	8	1,9	<90	20	4,7	
>90	421	98,1	>90	409	95,3	**0,034
Glaskow Koma Skalası (GKS)			Glaskow Koma Skalası (GKS)			
<15	1	0,2	<15	6	1,4	
15	428	99,8	15	423	98,6	***0,123
Toplam	429	100,0	Toplam	429	100,0	

p değeri; *chi-square, **Yates ve ***Fisher's Exact Testi kullanılarak elde edilmiştir.

Çalışma grubunun önceki ve tekrar gelişteki vital bulgularına baktığımızda; Olguların ilk başvurularındaki en yüksek sıklıkla görülen anormal vital bulgu %24,2 oranında taşikardi idi. Fakat EDTB'deki taşikardi oranı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı değişiklik saptanmadı (Chi-Square $p>0.005$). Ancak EDTB yapan hastaların sO_2 leri ilk başvurularına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda düştü. (Yates, $p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların özgeçmişleri

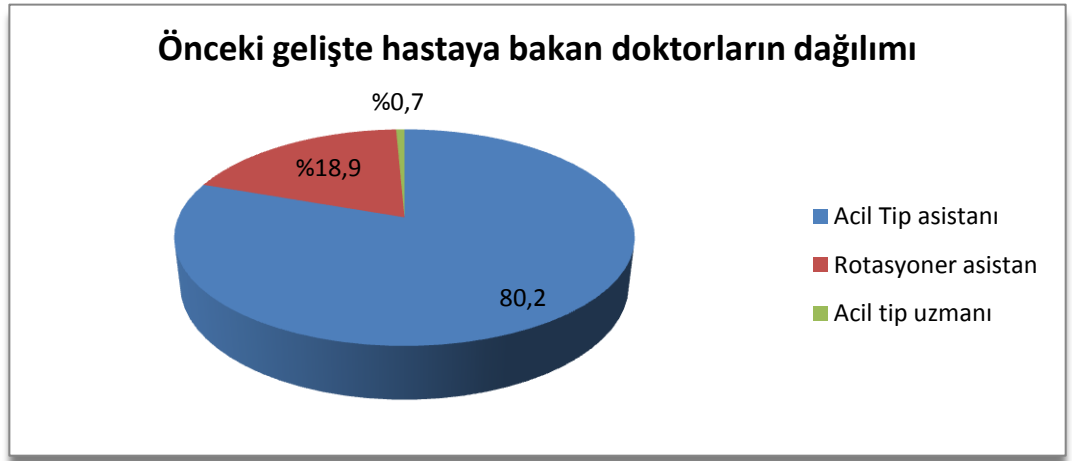
Özgeçmiş	n	%
DM	9	2,1
KOAH	9	2,1
ASTIM	5	1,2
KAH	7	1,6
HT	17	4,0
KBY	2	0,5
KKY	2	0,5
Malignite	54	12,6
Hematolojik	2	0,5
Endokrin	1	0,2
Nörolojik	7	1,6
Psikiyatri	7	1,6
Diğer	52	12,1
Özelik yok	208	48,5
Birden Fazla	47	11,0
Toplam	429	100,0

DM: Diyabetes Mellitus, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, KAH: Koroner Arter Hastalığı,

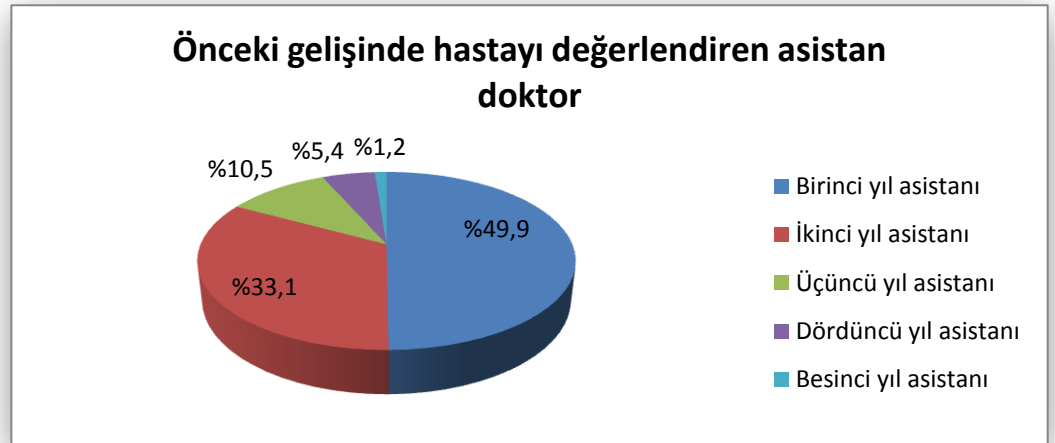
HT: Hipertansiyon, KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği, KKY: Konjestif Kalp Yetmezliği.

Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların özgeçmişlerine bakıldığında; %48.5'inde herhangi bir özellik yok iken, %12.6 ile malignite mevcuttu. İkinci eşlik eden komorbid durum ise %4 ile hipertansiyon (HT) olarak tespit edilmiştir.

Olguların %11.0'da ise HT ve malignitenin de dahil olabildiği birden çok hastalık vardı (Tablo 7).

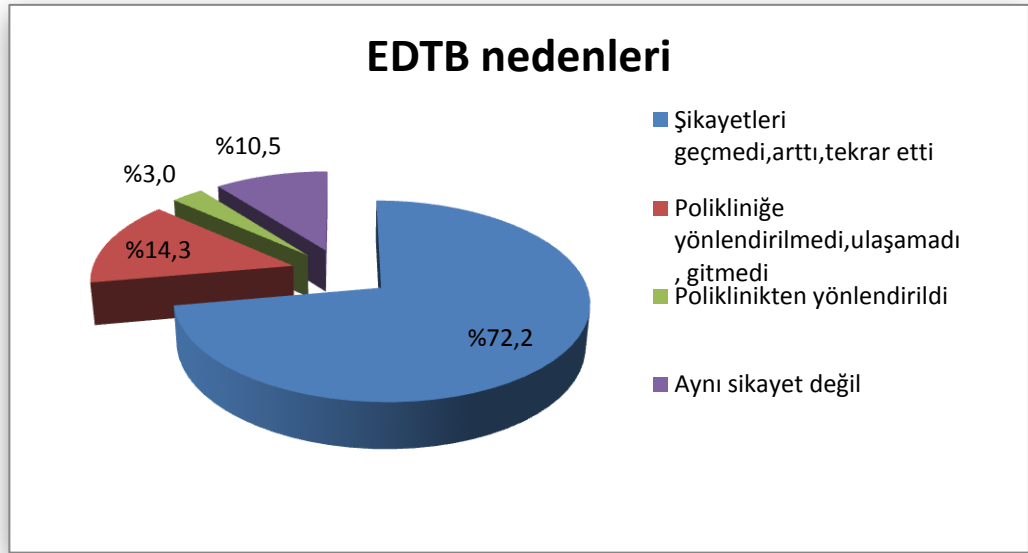


Grafik 6. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaları önceki gelişlerinde değerlendiren doktorların dağılımı.



Grafik 7. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaları önceki gelişlerinde değerlendiren asistan doktorların kıdemlerine göre dağılımı.

Hastaların önceki gelişlerinde, %80,2'sini acil tıp asistanları, %18,9'unu rotasyonel asistanlar değerlendirmiş oldukları görüldü. Asistanların %49,9'u birinci yıl, %33,1'i ikinci yıl ve %10,5'i üçüncü yıl asistanları idi. Hastaları önceki gelişlerinde değerlendiren doktorların kıdemleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Chi-square testi, $p = 0,001$) (Grafik 6-7).



Grafik 8. Hasta ifadelerine göre aynı şikayetle erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların başvuru nedenlerinin dağılımı.

Hastaların neden EDTB yaptıkları sorulduğunda %72,2'si şikayetlerinin geçmediğini, arttığını ve polikliniğe başvuracak kadar süre tanımadan tekrar ettiğini belirtmişlerdir. Ancak sadece %6,8'i poliklinikten muayene olmak için sıra alamadıklarını ifade etmişlerdir. Hasta ifadelerine göre aynı şikayetle EDTB yapan hastaların başvuru nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.(Chi-square testi, $p=0,001$) (Grafik 8).

Tablo 8. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların önceki başvurularında tedavi verilip verilmediği ve reçete kullanımının dağılımı.

<u>Tedavi</u>	n	%
Verildi	338	78,8
Verilmedi	91	21,2
<u>Reçete</u>		
Verilen reçeteyi kullandı	257	59,9
Verilen reçeteyi kullanmadı	15	3,5
Reçete düzenlenmedi	157	36,6
Toplam	429	100,0

Önceki başvurularında hastaların %63,4'üne taburculuğu sırasında reçete düzenlendi, ancak reçete verilen hastaların %5,7'si bu reçeteleri kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların acil servisten ayrılış şekillerinin dağılımı.

	n	%
Taburcu	343	80,0
Servise ve yoğun bakıma yatırıldı	64	15,0
Kendi isteği ile ayrıldı	17	4,0
Exitus	5	1,2
Toplam	429	100,0

Çalışmada; EDTB yapan hastaların tekrar gelişlerinde ise %80.0'ı doktoru tarafından taburcu edilmiş, % 13,1'i servislere, %1.9'u yoğun bakıma (YB)

yatırılmış, %1,2'si ölmüş, %4.0'ı kendi isteği ile imza atarak acil servisten ayrılmıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Erken dönem tekrar başvuru sonrası Acil serviste ölen hastaların özellikleri

	Cins	Yaş	Öz geçmişi	İlk Gelişteki Şikayeti	EDTB şikayeti	İlk Gelişte AS'den ayrılış şekli	İlk gelişteki tanısı	Son Tanı
1	Erkek	54	MS, epilepsi	Nöbet geçirme	Genel durum bozukluğu	Taburcu	Epilepsi	Ürosepsis
2	Kadın	50	Akc mezenkimal tm	Bel ağrısı	Nefes darlığı	Taburcu	Myalji	Pnömoni sepsis
3	Erkek	20	ALL, beyin met	İdrar yapamama	Ateş	Kendi isteği ile ayrıldı	Glob vezikale	Septik şok
4	Erkek	52	Metastatik pankreas ca	Siyah dışkılama	Karında şişlik sarılık	Serviste yer olmadığı için yatırılmadı	GİS kanama	ABY, Pulmoner ödem Septik şok
5	Erkek	54	Akc ca	Nefes darlığı	Nefes darlığı	Taburcu	Pnömoni	Perikardiyal tamponat

MS: Multiple Skleroz, CA: Karsinom, ALL: Akut Lenfoblastik Lösemi, ABY: Akut Böbrek Yetmezliği, Tm: Tümör, Akc: Akciğer, GİS: Gastrointestinal Sistem.

EDTB sonrası acil serviste ölen 5 hastanın dördünün özgeçmişinde terminal dönem malignitesi mevcuttu. Ayrıca ilk başvuru ve EDTB şikayetleri ile ilk başvuru ve EDTB son tanılarının farklı olduğu görüldü. (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların önceki gelişlerinde acil serviste kalış süreleri, taburculuk saatleri ve günlerinin dağılımı.

	n	%	P değeri*
Kalış süresi			
1-3 saat	253	59,0	0,001
4-6 saat	89	20,7	
7-12 saat	41	9,6	
13-24 saat	22	5,1	
>24saat	24	5,7	
Taburculuk saati			
08.01-18,00	213	49,6	0,001
18.01-24,00	136	31,8	
24.01-08.00	80	18,6	
Taburculuk günü			
Pazartesi	61	14,2	0,685
Salı	71	16,6	
Çarşamba	54	12,6	
Perşembe	63	14,7	
Cuma	54	12,6	
Cumartesi	59	13,8	
Pazar	67	15,6	
Toplam	429	100,0	

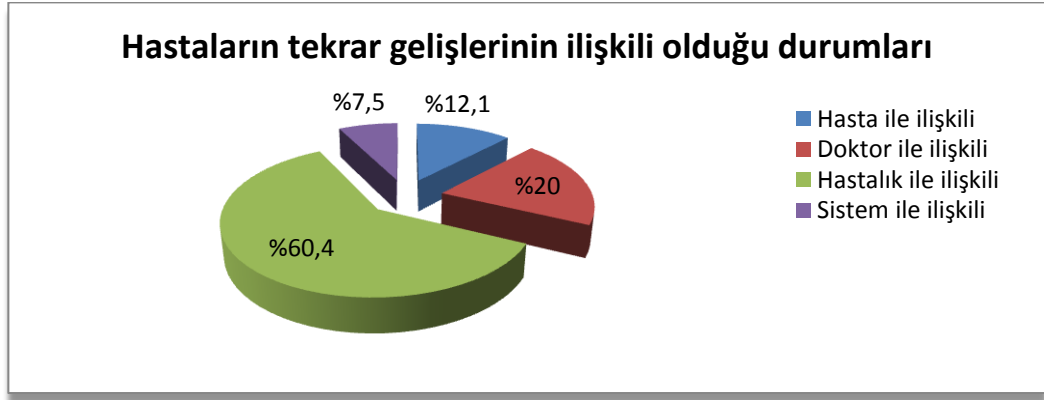
*p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

Çalışmada EDTB yapmış olan hastaların bir önceki gelişlerinde %59,0'ı AS'de 1-3 saat kalırken, %5,7 hasta >24 saat acil serviste takip edilmiştir. (Tablo 11)

Tablo 12. Erken dönem tekrar başvurular ile ilişkili olabilecek durumların dağılımı.

Önceki Geliş	n	%
Hastalığı hakkında bilgi verildi mi?		
Evet	373	86,9
Hayır	56	13,1
Tetkik yapıldı mı?		
Evet	263	61,3
Hayır	166	38,7
Yapılan tetkikler açıklandı mı?		
Evet	217	82,5
Hayır	46	17,5
Verilen reçete tarif edildi mi?		
Evet	275	64,1
Hayır	154	35,9
Taburcu olurken tekrar gelmesi gereken aciller anlatıldı mı?		
Evet	343	80,0
Hayır	86	20,0

Hastalardan veya yakınlarından telefon ile alınan cevaplara göre, EDTB'ler ile ilişkili olabilecek bazı durumlar gösterilmiştir (Tablo 12).



Grafik 9. Erken dönem tekrar başvuruların ilişkili olduğu durumların dağılımı.

Çalışmada, hastaların tekrar geliş nedenlerinin; %60,4'ünün hastalıkla, %20,4'ünün bakan doktorla ve %12,1'inin ise hasta ile ilişkili olduğu saptandı. Hastaların tekrar gelişlerinin ilişkili olduğu durumların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Chi-square testi, $p = 0,001$) (Grafik 9).

Tablo 13. Erken dönem tekrar başvuruların yapıldığı zaman aralıklarının dağılımı.

	n	%
0-24 Saat	164	38,2
24-48 Saat	152	35,4
48-72 Saat	113	26,3
Toplam	429	100,0

EDTB hastaların, tekrar başvurularının önceki başvurudan ne kadar süre sonra yapıldığı incelendi. Hastaların %38,2'si ilk 24 saatte, %35,4'ü 24-48 saatte, %26,3'ü 48-72 saatte acil servise ikinci kez başvurdukları görüldü (Tablo 12).

Tablo 14. Erken dönem tekrar başvuru şikayetlerinin yaş gruplarına göre dağılımı.

YAŞ GRUPLARI	Baş boyun		Solunum		Kardiyak		GİS		GÜS		Nörolojik		Cilt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17-34 (n=172)	16	9,3	7	4,1	9	5,2	31	18,0	27	15,7	12	7,0	17	9,9
35-65 (n=193)	16	8,3	34	17,6	13	6,7	38	19,7	20	10,4	10	5,2	17	8,8
>65 (n=64)	10	15,6	12	18,8	2	3,1	17	26,6	4	6,2	3	4,7	1	1,6
TOPLAM	42	9,8	53	12,4	24	5,6	86	20,0	51	11,9	25	5,8	35	8,2

YAŞ GRUPLARI	Genel şikayetler		Psikiyatri		Hematolojik		Kas-İskelet		Diğer		Multpl Travma		Travma	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17-34 (n=172)	10	5,8	6	3,5	0	0,0	17	9,9	14	8,1	2	1,2	4	2,3
35-65 (n=193)	13	6,7	0	0,0	0	0,0	22	11,4	6	3,1	3	1,6	1	0,5
>65 (n=64)	5	7,8	1	1,6	1	1,6	5	7,8	2	3,1	0	0,0	1	1,6
TOPLAM (n=429)	28	6,5	7	1,6	1	0,1	44	10,3	22	5,1	5	1,2	6	1,4

Çalışmada, yaş gruplarına göre EDTB yapmalarına yol açan şikayetlerin hangi sisteme ait şikayetler olduğu araştırıldı. Her üç grupta da GİS şikayetlerinin başlıca başvuru nedeni olduğu saptandı. İkinci sıradaki başvuru nedeni 17-34 yaş grubunda GÜS sistem şikayetleri iken diğer iki grupta ikinci sıradaki başvuru nedeni solunum sistemine ait şikayetlerdi (Tablo 14).

17-34 yaş grubu genç hastaların %70,3'ü AS'de 1-3 saat gibi daha kısa süre kalırken, 65 yaş üzeri hastaların sadece %28,1 kısa süre AS'de kalmıştır. AS'de 24 saatten uzun süre kalma oranı >65 yaş hastalarda %10,9 iken 17-34 yaş grubu genç hastalarda sadece %1,7 olarak bulunmuştur (p=0,001, p=0,021) (Tablo15)

Tablo 15. Erken dönem tekrar başvuru yapan hastaların Acil serviste kalış sürelerinin yaş gruplarına göre dağılımı.

AS'de Kalış süreleri	Yaş grupları									P**** değeri
	17-34			35-65			>65			
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	
1-3 saat (n=253)	121	47,8	70,3	114	45,1	59,1	18	7,1	28,1	0,001
3-6 saat (n=89)	35	39,3	20,3	37	41,6	19,2	17	19,1	26,6	0,017
6-12 saat (n=41)	10	24,4	5,8	19	46,3	9,8	12	29,3	18,8	0,195
12-24saat (n=22)	3	13,6	1,7	9	40,9	4,7	10	45,5	15,6	0,142
>24saat (n=24)	3	12,5	1,7	14	58,3	7,3	7	29,2	10,9	0,021
Toplam (n=429)	172	40,1	100,0	193	45,0	100,0	64	14,9	100,0	

* Satır %'si ** Kolon %'si, ***p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

Yaş grupları ile EDTB sonrası AS'den ayrılış şekli arasındaki ilişkiye bakıldığında 17-34 yaş grubu hastaların daha fazla oranda taburcu olduğu, 35-64 yaş grubu hastalarda kendi isteği ile ayrılan hasta sayısının daha fazla olduğu >65 yaş hastalarda ise servis yatışının daha yüksek oranda olduğu görüldü (Chi-Square p=0,001) (Tablo 16).

Tablo 16. Yaş grupları ile Erken dönem tekrar başvuru sonrası Acil servisten ayrılış durumlarının dağılımı.

Yaş grupları	Taburcu		Servise veya YB' ye yatırıldı		Kendi isteği ile ayrıldı		P** değeri
	n	%	n	%	n	%	
17-34 (n=171)	149	87,1	17	9,9	5	3,0	0,001
35-64 (n=189)	146	77,2	32	16,9	11	5,9	0,001
≥65 (n=64)	48	75,0	15	23,4	1	1,6	0,001
Toplam (n=424*)	343	%80,0	64	15,0	17	4,0	0,03

*Exitus olan beş hasta tabloya dahil edilmemiştir, **p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

Çalışmada erkek ve kadınlarda EDTB nedenleri arasında hastalıkla ilişkili nedenin istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu ancak cinsiyetlere göre ayrımda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p=0,001 ve p= 0,851) (Tablo 17).

Tablo 17. Cinsiyete göre tekrar geliş neden olabilecek durumların dağılımı.

	Hasta ile ilişkili		Doktor ile ilişkili		Hastalık ile ilişkili		Sistem ile ilişkili		P değeri (Chi-square testi)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Erkek (n=222)	24	10,8	46	20,7	135	60,8	17	7,7	0.001
Kadın (n=207)	28	13,5	40	19,3	124	59,9	15	7,2	0.001
Toplam (n=429)	52	12,1	86	20,0	259	60,4	32	7,5	0.851

Tablo 18. Hastaların her iki başvurularındaki konsültasyon istenip istenmeme durumlarına göre karşılaştırılması.

	Tekrar gelişte konsültasyon									
	İstendi			İstenmedi			Toplam			
Önceki gelişte konsültasyon	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	P değeri*
İstendi	56	54,4	48,7	47	45,6	15,0	103	100,0	24,0	0,001
İstenmedi	59	18,1	51,3	267	81,9	85,0	326	100,0	76,0	0,001
Toplam	115	26,8	100,0	314	73,2	100,0	429	100,0	100,0	0,001

* p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

İlk gelişinde konsültasyon istenmeyen hastaların %18,1'ine istatistiksel olarak anlamlı olarak EDTB yaptığında konsültasyon istenmiştir (p=0,001) (Tablo18).

Tablo 19. Erken dönem tekrar başvuran hastaların konsültasyon istenme durumuna göre acil serviste kalış süreleri.

Tekrar Gelişte	1-3 saat		3-6 saat		6-12 saat		12-24 saat		>24 saat		P değeri*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Konsültasyon istendi (n=103)	28	27,2	25	24,3	13	12,6	17	16,5	20	19,4	0,001
Konsültasyon istenmedi (n=326)	225	69,3	64	19,6	28	8,6	5	1,5	4	1,2	0,001
Toplam (n=429)	253	59,0	89	20,7	41	9,6	22	5,1	24	5,6	0,001

*p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

Konsültasyon istenen hastaların AS’de kalış süreleri, konsültasyon yapılmayan hastalardan istatistiksel anlamlı daha uzun bulundu (Chi-Square, $p=0.001$), (Tablo 19).

Tablo 20. Hastaların önceki gelişte konsültasyon istemleri ile erken dönem tekrar başvuru süresinin dağılımı.

	EDTB yapılan süre 0-24 saat		EDTB yapılan süre 24-48 saat		EDTB yapılan süre 48-72 saat		P değeri*
	n	%	n	%	n	%	
Konsültasyon istenen (n=103)	26	25,2	39	37,9	38	36,9	0,218
Konsültasyon istenmeyen (n=326)	138	42,3	113	34,7	75	23,0	0.001
Toplam (n=429)	164	38,2	152	35,4	113	26,3	0.003

* p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

Hastaların önceki gelişlerinde konsültasyon istenen grubun %25,2’si ilk 24 saatte EDTB’da bulunurken, konsültasyon istenmeyenlerde bu oran %42,3 bulunmuştur (Chi-Square, $p=0,003$), (Tablo 20).

Tablo 21. Hastaların her iki geliş şikayetlerinin aynı, farklı ve ilişkili olmasına göre tekrar başvurularındaki acil servisten ayrılış şekilleri.

	Taburcu edildi		Servise ve YB'ye yatırıldı		Kendi isteği ile ayrıldı		P değeri**
	n	%	n	%	n	%	
Aynı şikayet (n=311)	253	81,4	45	14,5	13	4,2	0.001
Farklı şikayet (n=49)	44	89,8	4	8,2	1	2,0	0.001
İlişkili şikayet (n=64)	46	71,9	15	23,4	3	4,7	0.001
Toplam(n=424*)	343	80,9	64	15,1	17	4,0	0,178

*Exitus olan beş hasta tabloya dahil edilmemiştir.** p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

Tablo 22. Önceki gelişlerinde hastaların taburculuk saatleri ile erken dönem tekrar başvuru yapmalarının altında yatan nedenlerin dağılımı.

Taburculuk saati	Hasta ile ilişkili		Doktor ile ilişkili		Hastalık ile ilişkili		Sistem ile ilişkili		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
08.01-18.00	25	11,7	42	19,7	130	61,0	16	7,5	213	100,0
18.01-24.00	17	12,5	26	19,1	81	59,6	12	8,8	136	100,0
24.01-08.00	10	12,5	18	22,5	48	60,0	4	5,0	80	100,0
Toplam	52	12,1	86	20,0	259	60,4	32	7,5	429	100,0

Tablo 23. Hastaların erken dönem tekrar başvuru da altta yatan nedenlere göre acil servisten ayrılış şekilleri.

EDTB’da altta yatan nedenler	Taburcu edilen		Servise ve YB’ye yatırılan		Kendi isteği ile ayrılan		P değeri**
	n	%	n	%	n	%	
Hasta ile ilişkili (n=52)	37	71,2	8	15,4	7	13,5	0,001
Doktor ile ilişkili (n=86)	59	71,1	22	26,5	2	2,4	0,001
Hastalık ile ilişkili (n=259)	221	86,0	29	11,3	7	2,7	0,001
Sistem ile ilişkili (n=32)	26	81,3	5	15,6	1	3,1	0,001
Toplam (n=424*)	343	80,9	64	15,1	17	4,0	0,001

*Exitus olan beş hasta tabloya dahil edilmemiştir. ** p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

Hastaların tekrar gelişlerindeki altta yatan nedenler ile tekrar gelişindeki AS’den ayrılış şekillerinin karşılaştırıldığında, hasta ile ilgili nedenlerden EDTB yapanların %71,2’si taburcu edilirken, %1,9’u YB’ye yatırılmıştır. Doktorla ilişkili EDTB’lerin %68,6’sı taburcu olurken, %26,5’i servislere ve YB’ye yatmış, Hastalıkla ilişkili nedenlerden dolayı EDTB yapanların %86,0’ı taburcu edilirken %11,3’ü hastaneye yatırılmıştır. Sistem ile ilişkili olarak EDTB yapanların ise %15,6’sı hastaneye yatırılmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır (Chi-Square p=0,001) (Tablo 23).

Tablo 24. Hastaların erken dönem tekrar başvuru da altta yatan nedenler ile her iki gelişteki tanıların ilişkisi.

	Hasta ile ilişkili			Doktor ile ilişkili			Hastalık ile ilişkili			Sistem ile ilişkili			
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	P değeri***
Her iki gelişteki tanıları aynı (n=202)	25	12,4	48,1	18	8,9	20,9	139	68,8	53,7	20	9,9	62,5	0,001
Her iki gelişteki tanıları farklı (n=124)	14	11,3	26,9	43	34,7	50,0	59	47,6	22,8	8	6,5	25,0	0,001
Her iki gelişteki tanıları ilişkili(n=103)	13	12,6	25,0	25	24,3	29,1	61	59,2	23,6	4	3,9	12,5	0,001
Toplam (n=429)	52	12,1	100,0	86	20,0	100,0	259	60,4	100,0	32	7,5	100,0	0,001

*=satur %'si **= kolon %'si *** p değeri Chi-square testi kullanılarak elde edilmiştir.

Hastaların tekrar gelişlerindeki altta yatan nedenler ile her iki gelişteki tanıların karşılaştırıldığında doktorlar ile ilişkili EDTB yapanlarda %50,0 ile diğer gruplara göre en yüksek farklı tanı konma oranı olduğu tespit edilmiştir (Chi-Square, p=0,001) (Tablo 27).

Tablo 25. Hastaların ilk ve tekrar gelişlerinde en sık konulan tanıların dağılımı.

Önceki gelişteki tanı			Tekrar gelişteki tanı					
	n	%		n	%		n	%
Renal kolik	44	10,3	Renal Kolik	46	10,7	Sellülit	6	1,4
Ürtiker	34	7,9	Ürtiker	30	7,0	Kolesistit	6	1,4
Üst solunum yolu enfeksiyonu	31	7,2	Pnömoni	26	6,1			
Yumuşak doku travması	28	6,5	Yumuşak doku travması	17	4,0	Otitismedia/eksterna	5	1,2
Gastrit-duodenit	18	4,2	Gastrit-duodenit	15	3,5	Nonspesifik Göğüs ağrısı	6	1,4
Nonspesifik karın ağrısı	18	4,2		13	3,0	Globvezikale	5	1,2
Burun kanaması	12	2,8	Sistit- İdrar yolu enfeksiyonu	13	3,0	Anksiyete bozukluğu	5	1,2
Gastroenterit	12	2,8	Üst solunum yolu enfeksiyonu	12	2,8	Cilt altı apse	4	0,9
Lumbalji	12	2,8	Lumbalji	12	2,8	Serebro vasküler olay	4	0,9
Tonsillit	8	1,9	Karın ağrısı	9	2,1	Apendisit	4	0,9
Nonspesifik göğüs ağrısı- etyolojisi?	7	1,6	Baş ağrısı	8	1,9	Gastrointestinal kanama	4	0,9
Gastrointestinal kanama	7	1,6	Tonsillit	8	1,9			
Kemikte fraktür	7	1,6	Epilepsi	7	1,6			
Epilepsi	7	1,6	Kemik fraktürü	7	1,6			
Myalji	6	1,4	Vertigo	7	1,6			
Vertigo	6	1,4	Sepsis	7	1,6			
Primer baş ağrısı	5	1,2	İleus	6	1,4			
			Astım/kronik obstrüktif akciğer hastalığı atağı	6	1,4			

Hastaların her iki gelişlerindeki konulan en sık tanı renal kolik olmuştur

(Tablo 25)

5. TARTIŞMA

Erken dönemde geri dönmesi muhtemel olan hastalar ve özellikle daha kötü klinik ile dönebilecek hastaların belirlenmesinin hasta ve hekim güvenliği için önemli olduğu ortak bir görüştür. Ancak EDTB yapması muhtemel hastaların belirlenmesinde kullanılacak kriterlerin neler olacağı ve hangi kriterin daha etkili tahminler yapacağı konusunda çalışmalar yapılmaktadır.

AS'e hangi oranda EDTB'nun ideal olduğu veya o hastanenin yüksek kalite göstergesi olduğuna ilişkin kesin bir veri yoktur. Çok düşük EDTB oranları o hastanenin hastalarına güven vermediğini ve bu nedenle geri dönüşlerin yaşanmadığını düşündürebilecek iken, yüksek orandaki EDTB ise bakım kalitesindeki yetersizliği gösterebilir. ABD'de EDTB'nin AS başvurularının yaklaşık %3'ü olduğu belirtilmiştir.⁵² Literatürde EDTB oranları ile ilişkili yapılmış çalışmalarda benzer oranlar olduğu gibi çok farklı oranlar da bulunmaktadır. Gordon ve ark. yaptığı bir çalışmada EDTB oranını %2,7 bulmuştur.⁵³ Yapılan üç çalışmada AS'e 72 saat içindeki EDTB oranları %2,8, %3,4 ve %3 gibi benzer oranlarda bulunmuştur.^{66,80,81,82} Pierce ve ark. yaptıkları çalışmada 3 aylık bir dönemde hastaların %3'ünün 48 saat içerisinde tekrar başvuru yaptıklarını göstermişlerdir.⁸³ Wu ve ark. yaptığı çalışmada ise 72 saat içinde tekrar başvuran hastaların oranını %5,4 gibi yüksek bir oranda tespit edilmiştir.⁶⁵ Lerman'ın çalışmasında ise (64.336 hastanın %0,4) düşük oranda EDTB saptanmıştır.⁷² Yapılan iki ayrı çalışmada saptanan %1,42 ve %1,9 AS'e

EDTB oranları yaptığımız çalışmada bulunan %1,66 EDTB oranına en yakın olan sonuçlardır.^{81,84}

Erken dönem tekrar başvuruların tahmin edilebilmesi için hastaların demografik özellikleri sıklıkla araştırılan veri grubudur. Wu ve ark. çalışmasında EDTB yapan hastaların yaş ortalaması 47, Akyol ve ark. Türkiye’de yaptıkları bir çalışmada EDTB yapan hastalarda ortalama yaşı, kadınlarda 43.7 ve erkeklerde 42 olarak tespit etmişlerdir.^{3,53}

Yaşlı hastalar AS’ye tekrar dönme, hastaneye yatış ve ölüm oranlarının yüksek olması risklerine sahiptirler.⁸⁵ Lerman ve ark. makalesinde, ilk 72 saatte acil servise tekrar gelen hasta grubunun yüksek riskli olduğu ve daha iyi değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.⁶⁵ Fan J ve ark. çalışmasında yaşlı nüfusa ait tekrar geliş ve hastaneye yeniden yatış için riskler tanımlanmıştır. Bunlar, ileri yaş, günlük yaşam aktivitelerinde azalma, sosyal desteğin olmaması, düşkünlük, bilinçsel durumları ve depresyon, kalp hastalıkları, diyabetes mellitus (DM), yakın zamanda hastaneye yatış, hastane ziyareti ve çok sayıda ilaç kullanmasıdır. Gill’in çalışmasında 65 yaş üzeri hastaların 46 yaş altındaki hastalara oranla iki kat, 30 yaş altı hastalarla karşılaştırıldığında üç kat daha fazla AS’ye tekrar başvurma risklerinin olduğu tespit edilmiştir.⁴

Çalışmanın yapıldığı Ankara ili nüfus verilerine göre 65 yaş üstü kişi oranı Ankara il nüfusunun %6.81’ini oluşturmaktadır.⁸⁶ Yaşlı hastaların acil servisleri daha sık kullandığı bilinmektedir. Literatürde 65 yaş üstü hastaların tüm acil başvurularının %15-24 arası olduğu bildirilmektedir.⁸⁷ Çalışmada yaşlı grubunu

oluşturan >65 yaş hastalar diğer iki grup olan 17-34 (%40,1) ve 35-65 (%45,0) yaş gruplarındaki hastalardan %14,9'luk oranla daha az EDTB yapmışlardı. Ancak, çalışmanın gerçekleştirildiği dönem içerisinde acil servise başvuran toplam >65 yaş grubu hasta sayısı bilinmediğinden %14,9'luk yaşlı EDTB oranının kendi içerisinde yüksek veya düşük olup olmadığı hakkında bir yorum yapılamamaktadır. Gill ve ark. çalışmasında >65 yaş hastalarda EDTB oranı %11,7 ile diğer yaş gruplarından daha düşük oranda görülmüştür.⁴ Burt ve ark. bu oranı %17 bulmuşlardır.⁸⁷ Çalışmamızda bulunan %14.9 oranındaki >65 üzeri hasta EDTB'si literatürdeki bu çalışmalar ile uyumluydu.

Akyol ve ark. beş gün içerisinde tekrar acil servis başvurularını incelediği çalışmada vakaların çoğunluğunu %58,3 ile kadınlar oluşturmaktaydı.⁵³ Gill ve ark. çalışmasında da %53,4 ile kadınlar çoğunlukla EDTB yapmışlardır.⁴ Tüm ABD sağlık sunucularını kapsayan Ulusal Hastane Ayaktan Bakım Araştırmasında (*National Hospital Ambulatory Medical Care Survey –NHAMCS*) EDTB'ler ile ilgili milyonlarca hasta verileri değerlendirilmiştir. Acil servise EDTB'lerin çoğunluğunu 24-45 yaş grubu ve %54'ü nü kadınlar oluşturmaktadır.⁸⁸ Nunez ve ark. çalışmasında EDTB yapan hastaların ortalama yaşları 45 ve %51 kadın hastalardan oluşmaktaydı.⁵ Çalışmamızda literatürden farklı olarak EDTB yapan hastaların %51,7'ı erkeklerden oluşmaktaydı.

Eğitim durumlarına baktığımızda %30,8'i üniversite, %27,0'ı lise, %35,2'si ilköğretim, %7,0 eğitim almamış olan hastalardan oluşmaktaydı. Sun ve ark. AS'nin sık kullanıcıları ile ilgili yaptıkları çalışmalarında yalnız başına

yaşayanların, lise ve üniversite eğitimi almış olanların diğer gruplara göre AS'yi daha sık kullandıklarını bulunmuşlardır.⁸⁹ Çetin ve ark. Antalya'da yaptığı çalışmada AS'e erken dönem başvuruların %24,1'ni üniversite düzeyinde eğitim gören hasta grubu oluşturmaktadır.⁹⁰ Türkiye'de 2009 yılı 15 yaş üstü üniversite ve üzeri nüfus oranı %11,4 iken, Ankara ilinde bu oran %17.98 dir.⁸⁶ Çalışmada EDTB yapan hastalarda üniversite ve üzeri eğitim düzeyi oranının yüksek olması çalışmanın yapıldığı hastanenin olduğu bölgenin eğitim oranlarını yansıtabildiği gibi, EDTB oranlarının eğitilmiş grupta yüksek olduğunu gösterebilir. Bu da eğitim düzeyi yüksek kişilerin hastalıklarla ilgili bulguları iyi değerlendirebildiği, ilk gelişlerinde taburcu olurken doktorlarının kendilerine anlattığı tekrar başvurması gereken durumları daha iyi anlayıp uyum gösterdiğini, sağlıklarına önem verdiği veya hastaneye daha kolay ulaşabildiğini düşünmekteyiz.

Meslekleri açısından incelediğimizde ev hanımı (%25,6), emekli (%22,4) ve işsizlerden (%5,4) oluşan vaktinin çoğunu evde geçiren grubun %53,4 ile çalışan gruptan daha çoğunlukta EDTB yaptıkları görüldü. Hastalarımızın %96,5'inin sosyal güvencesi mevcuttu. Bu oran çalışmanın yapıldığı bölgedeki sosyal güvenceye sahip olma oranı ile paralellik gösterdiğinden bize ek bir bilgi vermemektedir. Gill ve ark. çalışmasında sosyal güvencesi olan hastalar sosyal güvencesi olmayanlara göre iki kat daha fazla EDTB yapmışlardır.⁴

Liaw ve ark. EDTB'ler ile ilgili en sık nedenler olarak; karın ağrısı, ateş, nefes darlığı, bulantı, kusma, yan ağrısı, gastroenterit, kanser, ürolitiazis, karaciğer sirozu ve hepatitlerin olduğunu tespit etmişlerdir.⁸¹ Ateş şikayeti ile

AS'ye başvuran hastaların EDTB oranını %17 olarak bulmuşlardır. Bu hastaların %9'u ikinci gelişlerinde hastaneye yatırılmıştır. Bu çalışmada, ateş şikayeti ile AS'ye EDTB'lerin bağımsız faktörleri olarak ileri yaş, komorbid hastalıkların varlığı ve C-Reaktif proteinin 15'den yüksek olması olarak bulunmuştur.⁹¹

Başka bir çalışmada AS'ye enfeksiyon kaynaklı EDTB yapan hastaların en sık spesifik başvuru şikayetleri; %12 ateş, %7 ağrı, %7 kendini kötü hissetme, genel vücut ağrısı, yaygın kuvvetsizlik ve titremeden oluşan nonspesifik genel semptomlardır. Bu çalışmada enfeksiyon kaynaklı EDTB'lerde hastaların %20'si yukarıda belirtilen nonspesifik genel semptomlar ile başvurduğu gösterilmiştir.⁸⁸

Nonez ve ark. çalışmasında, EDTB yapan hastalarda başvuru şikayetleri; %33 ağrı, %11 ekstremitte travması, %8 nefes darlığı, %7 nörolojik şikayetler, %7 kusma ve diyare, %6 psikiyatrik aciller, %5 ateş %4 kanamalardır.⁵ Wu ve ark.'nın çalışmasında, AS'ye en sık EDTB nedeni olan klinik tablolar; karın ağrısı %12,9, ateş %12,6, vertigo %4.5, baş ağrısı %2.1 ve üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) şikayetleri %2.1 olarak tespit edilmiştir.³ Çalışmamızda tüm yaş gruplarında hastaların EDTB yapmalarına yol açan şikayetin en sık GİS yakınmaları olduğu görüldü.

Yapılan bir çalışmada tekrarlayıcı hastalıkların EDTB'lerin yarısından fazlasını (%60.4) oluşturduğu gösterilmiştir. Bu tekrarlayıcı hastalıklar olarak astım alevlenmeleri, kronik pankreatit, baş ağrısı, vertigo, kanser ağrısı, ve ürolitiazisdeki yan ağrısı olduğunu belirtmişlerdir.⁹² Kanser ağrısı olan terminal kanserli hastalar kronik ağrılarının kontrolü için AS'ye sık başvururlar.³ Hu ve

ark. çalışmalarında tekrar başvurularla ilgili olarak beş neden bildirmiştir. Bunlar KOAH, benign prostat hipertrofisi, ürolitiazis, bronşiyal astım, ve koroner arter hastalığıdır.⁹³ Nöbet, İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), pnömoni de erken geri dönüşlerde riski yüksek hastalıklar grubunda yer almaktadır.⁵² Gordon yaptığı çalışmada erken geri dönen ve yatırılan hastalarda en sık tanılardan birinin dehidratasyon olduğunu tespit etmiştir. EDTB yapan hastalarda %15 oranında görülürken tekrar gelişinde yatırılanlarda %25 oranında görülmüştür. Genel AS hastaları içerisinde görülme oranı ise %7'dir. Kulak ağrısı, karın ağrısı, İYE şikayetleri, nöbet, boğaz ağrısı, kafa travmaları diğer sık başvuru nedenleri iken, sepsisemi, pnömoni ve astım geri dönüşlerdeki en sık tanılardır.⁵² Gill ve ark. çalışmasında, EDTB riski yüksek olan tanı grubu olara; mental bozukluklar, GÜS hastalıkları (%35 İYE, %22,5 taş hastalığı) ve %20,5'i karın ağrısı, %16,8'i ise göğüs ağrısı olarak tanımlamışlardır.⁴

McCusker ve ark. yaşlı hastaların tekrar başvuru nedenlerini inceledikleri çalışmalarında bu hastaların başvuru şikayetlerinin en sık nedeninin GİS (%29.0) ve SS (%24.7) kaynaklı olduğunu belirlemişlerdir.⁹⁴ Brewer ve ark. çalışmasında, en sık yanlış tanı konan şikayetin karın ağrısı, epigastrik ağrı olduğu belirtilmektedir. Gastrit veya gastroenterit tanısı alan bu hastaların esas tanıları; apandisit, duodenal ülser, biliyer kanal hastalıkları ve ileustu. Karın ağrısı, acil servisteki en sık şikayetlerden biridir. Karın ağrısı acil serviste devamlı bir sorundur ve sıklıkla doktor muayenesi yeterince yardımcı olmaz.³ Karın ağrılarında apandisit tanısı, göğüs ağrısında ise iskemik hastalıklar malpraktis

sebeplerinin büyük kısmını oluşturduğu için bu vakalarda özellikle dikkatli olunmalıdır.⁶

Çalışmamızda ise her iki başvuruda da en sık iki tanı renal kolik ve ürtiker gibi tekrarlayıcı hastalıklardır. İlk başvuruda üçüncü en sık tanı ÜSYE iken EDTB'deki en sık üçüncü tanı pnömoni olmuştur. Bu durum iki şekilde yorumlanabilir; ya ÜSYE kliniği olan hastalar pnömoniye ilerlemiş ya da yanlış tanı konmuştur. Renal kolik ve ürtiker gibi akut başlangıçlı hastalıkların seyrinde ataklar sık görülmektedir. Acil servis hekimleri bu durumu göz önüne almalı ve servisteki tedavi ve reçete düzenlenmesinde titiz davranmalı, hastalığın gidişatı, uyulması ve kaçınılması gereken durumlar ile tekrar gelmesi gereken acil semptomlar ayrıntılı anlatılmalıdır.

Çalışmada EDTB sonrası, pnömoni (%6,1), sepsis (%1,6), ileus (%1,4), kolesistit (%1,4), serebrovasküler olay (SVO) (%0,9), ve apandisit (%0,9) gibi ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilecek tanımlar konulmuştur. Özellikle enfeksiyon semptomları ile gelen hastaların taburcu edilmeden önce daha dikkatli değerlendirilmesi, hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmesi gereklidir.

Vital bulgular değerlendirildiğinde ilk başvuru ve EDTB arasında sadece sO₂ arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu. Hastaların EDTB de daha sık pnömoni, sepsis tanımları almış olması bu durumu açıklamaktadır. Ancak çalışmada ilk başvuruda taburculuk sırasındaki vital bulgularının olmayışı bu bulguları değerlendirmede önemli bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Sklar ve ark. çalışmasında anormal vital bulgusu olan hastaların potansiyel olarak kötü klinik ile geri

dönebileceği belirtilmiştir.⁸⁰ Biz de normal dışı olan vital bulguların doktoru uyarması gerektiğini ve bu anormallik düzelmeden hastaların taburcu edilmemesi gerektiğini düşünmekteyiz.

EDTB yapan hastaların sahip oldukları hastalıkların tekrarlamaları ve alevlenmeleri ile AS başvuruları arasında sıkı ilişki olduğunu gösteren yayınlar bulunmaktadır.^{4,5} Nunez ve ark. çalışmasında EDTB hastalarının %47'sinde altta yatan en az bir hastalık vardı. En sık HT %14, DM %11, kardiyomyopati %10 tanıları alta yatan ek hastalıktı.⁵ Çalışmamızda kanser hastalarının sıklıkla (% 12,6) EDTB yapan hasta grubu olduğu, aynı zamanda EDTB sonrası acil serviste ölen 5 hastanın 4'nün özgeçmişinde kanser olduğu görüldü. Kanser hastalarının ise EDTB yapma nedenleri, kronik ağrı, hastalığın progresyonu ve araya giren ek sorunlardır. ABD'de yapılan bir çalışmada akciğer meme ve GİS kanserinden ölen >65 yaş 28777 hastanın yaşamlarının son bir ayında en az bir defa AS'ye başvurdıkları gözlenmiştir.⁹⁵ Hastanemiz AS'de yaptığımız bir çalışmada ise 6 ay içerisinde 452 kanserli hastanın 599 AS başvurusu olduğu görüldü.⁹⁶ İspanyada yapılan bir çalışmada ise AS'ye sık başvuran kanser hastalarının mortalitesinin sık başvurmayanlara oranla 18,6 kat fazla olduğu gösterilmiştir.⁹⁷ Çalışmamızda EDTB sonrası AS'de gerçekleşen ölümlerin altında yatan esas nedeni bu hastaların terminal dönem malignitesi olmasına bağlı olduğu gözlenmiştir.

Çok geniş kapsamlı bir araştırma olan NHAMCS' de AS' ye yapılan tüm EDTB'lerin %67'si hastanın önceki geliş şikayeti ile ilgili iken, %28 hasta önceki gelişinden farklı bir şikayet ile AS'ye EDTB yapmış oldukları tespit edilmiştir.⁸⁸

Başka bir çalışmada farklı şikayetlerle tekrar başvuran hastaların oranı %12 bulunmuştur.⁶⁷ Çalışmamızda ise hastaların yalnızca %11.9'u farklı şikayetle EDTB yapmıştır. Büyük çoğunluğu aynı veya önceki başvuru şikayeti ile ilişkili şikayetle EDTB yapmıştır. Ancak aynı veya ilişkili şikayetle gelmelerine rağmen farklı tanı konulma oranının yüksek olduğu görülmüştür. Aynı şekilde ilişkili şikayetle EDTB yapan hastaların hastaneye yatış oranlarının da aynı veya farklı tanı alan hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum hastayı ilk tedavi eden doktorun yanlış tanısı ile ilişkili olabileceği gibi, ICD kayıt sistemine giriş farklılıklarına bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Acil servise başvuran tüm hastaların anamnezlerinin daha dikkatli alınmasının, uygulanan tedavi hakkında hastaya detaylı bilgi verilmesinin ve tüm bunların düzenli ve doğru bir şekilde kayıt altına alınmasının önemini göstermektedir.

Erken dönem tekrar dönüşleri inceleyen çalışmalarda ortak amaç gereksiz tekrar başvuruların engellenmesi veya en aza indirilmeye çalışılmasıdır. Keith ve ark. tekrar başvuruların %32,3'ünün önlenabilir nedenlerden kaynaklandığı belirtmektedirler. Önlenabilir tekrar başvuruların %39,6'sı tedavi eksikliklerinden, %14,6'sı uygunsuz reçete, %20,8 uygun hasta eğitiminin verilmemesi ve %36,5 hasta uyumsuzluğundan kaynaklandığını bulmuşlardır.⁶⁶ Lerman ve ark. EDTB'lerin %15'inin iyi hasta eğitimi ile önlenabilir olduğunu işaret etmişlerdir. Martin-Gill ve Lerman yaptıkları iki ayrı çalışmada hasta ve hastalıkla ilişkili beklenmedik geri dönüşlerin üçte biri önlenabilir dönüşler olduğunu tespit etmişlerdir. Önlenabilir nedenlerle ikinci kez başvuran hastaların tekrar değerlendirildikten sonra taburcu edildiklerini belirlemişlerdir. Bu grup

hastalarda en sık konulan tanılar mental bozukluklar (alkol ile ilgili, depresif bozukluklar), GÜS bozuklukları, (İYE, renal kolik, pyelonefrit, hematüri) ve semptom kaynaklı tanılar (karın ağrısı, göğüs ağrısı konvülzyon, bulantı, kusma) dır.^{4,65} Çalışmamızda tespit ettiğimiz doktor, hasta, sistem kaynaklı toplam tekrar başvuru oranı %40 olarak görülmüştür, bunların önemli bir kısmının engellenebilir geri dönüşler olduğunu düşünmekteyiz.

Nunez ve ark. çalışmasında EDTB'lerin %26'sını önceki başvurudaki bakım hataları ile ilgili olduğunu bulmuşlardır.⁵ Diğer çalışmalarda bu oranlar sırası ile; Kelly ve ark. % 25, Pierce ve ark.%18, Miro ve ark. %19 Wu ve ark. %8,2 olarak rapor etmişlerdir.^{83,84,3} Wu ve ark. çalışmasında doktor'larla ilgili faktörlerden çoğunluğunu, erken taburculuklar, %3,7'sini ise yanlış tanı koyma oluşturmaktadır.³ Hung ve ark. yaptığı çalışmada yanlış tanıdan kaynaklanan EDTB oranı %9,0'dır.⁹² Pierce ve ark. çalışmasında geri dönüşlerde doktorla ilgili en sık neden hastanın erken taburcu edilmesi (%12) olarak tespit edilmiştir.⁷ Başlangıç değerlendirmesinden sonra ve hastanın semptomları rahatlar rahatlamaz hastaların gönderilmesinin EDTB arttığını belirtmektedirler. Acil servise başvuran hastalara gereken tedavi verilmeli aşırı ve eksik tedaviden kaçınılmalıdır.⁹⁸ AS'de hastayı değerlendiren hekimin tecrübesi ile EDTB arasında ilişki olduğu tanımlanmıştır.⁸⁴ Özellikle pulmoner emboli, miyokard infarktüsü ve pnömoni gibi tanılar deneyim gerektirmektedir.⁸⁰ Çalışmamızda EDTB'lerin %20,4'ünün bakan doktorla ilişkili olduğunu saptadık. EDTB yapan hastaları ilk gelişinde değerlendiren doktorların %93,5'nin kıdemsiz (birinci ve ikinci yıl asistanı) olduğu (AS çalışma düzeni içinde her hastanın kıdemli doktora veya uzmana

danışılmış olması gerekli), %21,2'ne AS'te herhangi bir tedavi uygulanmadığı, %40'na taburculuğunda herhangi bir reçete düzenlenmediği görüldü. Acil serviste kalış sürelerinin 3 saatten daha kısa olan hastaların daha fazla EDTB yaptığı saptandı.

Liaw ve ark. aynı şikayetle başvuran hastalarla ilgili çalışmalarında doktor hatasına bağlı geri dönüşleri %7,8, bunların servise yatış oranlarını %73,7 olarak bulmuşlardır.⁸¹ Başka bir çalışmada doktorlara bağlı hatalardan kaynaklanan geri dönüşlerde yatış oranının iki kat fazla olduğunu rapor edilmiştir.⁸³ Wu ve ark. çalışmasında da doktor ile ilişkili EDTB'lerin diğer nedenlerle olan a oranla daha fazla yatış gerektirdiği bulunmuştur. Bu çalışmada yanlış tanı konanların tamamı, hatalı tedavi edilenlerin %72,8'i hastaneye yatırılmıştır.³ Çalışmamızda da geri dönüşleri doktor ile ilgili olanların servislere ve yoğun bakıma daha yüksek oranda (%25,6) yattıklarını tespit ettik.

Sklar ve ark. bir çalışmasında AS'den taburculuk sonrası beklenmedik ölümler incelenmiş ve bunların ortalama 3,8 gün içerisinde gerçekleştiği, %30'unun (gerçekleşen 117 beklenmeyen ölüm vakasının 35'i) olası medikal hatalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Çalışmada tespit edilen medikal hataya yol açan durumlar ise; anormal vital bulguların gözden kaçması, kronik hastalıkların dekompanzasyonu, hastalıkların atipik klinikte olması ve hastaların mental durumlarının alkol veya ilaç nedeni ile bozuk olmasıdır.⁹⁹

Taburculukta reçetenin düzenlenmemesi veya eksik düzenlenmesi, yetersiz tanısal işlem, başka tanı düşünülmemesi, yetersiz konsültasyon, erken taburculuk,

konsültanların yetersizliği, yapılan işlemlerin komplikasyonları, yanlış tanı konması, yetersiz taburculuk önerileri doktorlara bağlı en önemli EDTB nedenleri olabilir. Doktorlarla ilişkili EDTB'nin azaltılması için; hasta, hasta yakını ve doktor arasında iyi iletişim kurulması, hastanın gerek anamnez, gerek fizik muayene bulgularının iyi değerlendirmesi, hastalıkla, tedavi ile ilgili yeterli bilgi verilmesi veya bilgilendirme formlarının hazırlanması, daha kıdemli doktorların hastaları konsülte etmesi, AS'den hasta taburculuğuunda titiz davranılması gereklidir.

Hasta ile ilişkili EDTB'lerin %12,1 olduğuunu bulduk. Çalışmamızdaki hasta ile ilişkili sebepler; verilen reçeteyi kullanmamak, taburculuk önerilerine uymamak, ilgili branşa başvurmada isteksiz davranmak, iş saatlerinin polikliniğe gitmesine mani olması, medikal uyarıya rağmen AS'den ayrılmak ve başka bir doktorun görüşüne başvurma ihtiyacı hissetmek gibi durumlardır.

Hastadan kaynaklanan EDTB'lerin en yaygın nedenlerini ilaç kötüye kullanımı, ilaç alışkanlığı, uyumsuz hasta, anksiyete, yasal nedenler için veya başka nedenler için belge gerekliliği, ailesi tarafından hastanın tekrar bakılmasının istenmesi veya hastanın kişisel ihtiyaçları, resmi düzenlemeleri atlamak şeklinde sınıflanmıştır.³ Pierce ve ark. çalışmasında tekrar ziyaretlerin başlıca sebebi olarak %53 oranı ile hastaya bağlı faktörler bulunmuştur. Bu faktörler; medikal uyarıya rağmen hastanın AS den ayrılması, doktor tarafından görülmeden ayrılması, anksiyete, kronik psikiyatrik durumlar, ilaç bağımlılığı, ilaç kötüye kullanımı, uyumsuz hasta, malignensi ve sosyal problemler olarak sıralanmıştır. Hastalar;

AS'ler 24 saat çalıştığı ve medikal ihtiyaçlar hemen karşılandığı için ayaktan başvuru poliklinikleri baypas etmek isteyebilmektedirler. Hasta ile ilgili EDTB oranını Liaw ve ark. %9,1, ve Hung ve ark. %14,2 oranında bulmuşlardır.^{81,92}

Çalışmamızda tıbbi önerilere rağmen %5,3 hastanın kendi isteği ile ayrıldığı Bu hastaların tekrar gelişlerinde ise, % 13,1'i servise, %1,9'u yoğun bakıma (YB) yatırılmış, bir hasta ise ölmüştür. Kadınlar %5,8 ile erkeklerden (%2,3) daha fazla oranda kendi isteği ile AS'den ayrılırken, erkekler %1,8 oranı ile kadınlardan (%0,5) daha fazla ex olmuşlardır. Kendi isteği ile AS'den ayrılan yüksek riskli hastalar ikna edilmeli, ayrılacak olurlarsa mutlaka riskler anlatılıp, yazılı beyanları alınmalıdır.¹⁰⁰

EDTB nedenleri içinde hastaya ait nedenler %12,1 olarak bulunmuştur. Çalışmada sadece kendi isteği ile ayrılma ve verilen reçeteyi kullanmama gibi hastaya ait nedenler saptanmıştır. Hastaya ait olabilecek diğer nedenlerin oranlarının saptanmamış olması çalışma için kısıtlılık oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, hastaların tekrar geliş nedenlerinin; %60,4'ünün hastalıkla ilgili olduğunu bulduk. Hastalıkla ilgili sebepler arasında; kronik hastalıkların alevlenmeleri, tekrar etme potansiyeli olan hastalıklar (epilepsi, renal kolik, ürtiker vb.) kronik ağrı, tedaviye direnç sayılabilmektedir. Wu'nun çalışmasında, tekrar ziyaretlerin hastalık faktörüyle ilişkisi %80,9, Pierce ve ark. çalışmasında ise %13 bulunmuştur.^{3,83}

Hastaların birinci gelişlerinde AS’de kalmış oldukları süreler ve yaş grupları ile ilişkilerini karşılaştırdığımızda; yaş arttıkça AS de kalış sürelerinin uzadığını tespit ettik. 7-34 yaş grubunun %47,8’i 1-3 saatlik sürede AS’den taburcu edilmişken, >65 yaş grubunda bu oran %7,1 dir. Bu sonuçlara dikkat edildiğinde genç yaş grubundaki hastaların tanı ve tedavi işlemlerinin kısa tutulduğunu ve bu yaş grubunda EDTB riskinin hızlı tanı ve tedavi uygulanan grupta fazla olduğunu gözlemledik. Bu durum karşısında özellikle EDTB riski yüksek olan hastalıklar ve şikayetler ile AS’ye başvuran genç grupta, tanı ve tedavi işlemleri daha titizlikle yürütülmelidir. Yaşlı hastaların komorbid sorunların fazla olması, tanı ve tedavi güçlükleri acil serviste daha uzun süre kalmalarının sebebini açıklamaktadır.

Konsültasyonlarla tekrar geliş nedenleri incelendiğinde konsültasyon yapılmayan (%22,4) hastalarda, konsültasyon yapılanlara (%12,6) oranla doktor kaynaklı geri dönüşlerin fazla olduğunu tespit ettik. Bu durum AS’de doktor nedenli hataları azaltmak için konsültasyonların önemli bir kaynak olduğunu göstermektedir.

Çalışmada diğer bölümlerden konsültasyon istenen hastaların acil serviste daha uzun süre kaldığı gösterilmiştir (Tablo 19). Bu durum, konsültasyonların acil servis kalabalığını artmasına etkili olduğunu düşündürdüğünden, acil servis doktorlarını konsültasyon yapmaktan uzaklaştırabilmekte, riskli erken taburculuklara neden olabilmektedir. Çalışma konumuzla ilgi diğer bir bulgu da, önceki gelişinde konsültasyon istenen hastaların (%42,3) istenmeyen hastalara

(%25,2) göre daha yüksek bir oranda 24 saat içerisinde AS'ye tekrar başvurmuş olmalarıdır. Bu da AS'de konsültasyonların önemini gösteren farklı bir bulgudur.

Gill ve ark. çalışmasında EDTB yapan hastaların ilk gelişlerinin çoğunlukla hafta sonuna denk geldiği belirtilmiştir.⁴ Ancak çalışmamızda EDTB yapan hastaların ilk başvurularında ve EDTB yapılan günler arasında anlamlı fark yoktu.

Yapılan iki çalışmada sistem nedenli EDTB oranları %3 ve %1 gibi düşük oranlarda bulunmuştur.^{84,101} Çalışmamızda ise sistem kaynaklı EDTB oranı %7,5 düzeyinde bulunmuştur. Servise yatış gereken hastaların acil servisten taburcu edilmeden uzun süreli takip ve tedavi edilmesine rağmen sistem kaynaklı EDTB oranının diğer iki çalışmaya göre yüksek olması hastaların erken dönemde poliklinik hizmetlerine yeterince erişemediğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ

Erken dönemde AS'ye tekrar başvurular hastalıkların doğal seyrinden, hastaların fazla hassasiyetinden kaynaklanabileceği gibi, medikal hatalar, tedavi sonrası bakım ve bilgilendirme eksikliklerinden de kaynaklanabilir. Acil servise erken dönüşlerin incelemesi hasta bakımını geliştirmek ve hasta bakım kalitesini artırmak için üzerinde çalışılması gereken bir konudur.

Yapılan çalışmalarda AS'ye EDTB'de bulunan hastaların yüksek riskli hasta gruplarından olduğu bildirilmiştir. Yaptığımız bu çalışmada EDTB yapan hastaların bir kısmının servislere veya yoğun bakıma yatması ve acil serviste ölen hastaların olması bu durumu desteklemektedir.

Çalışmada hastalıkla ilişkili EDTB oranı, gerek doktor, gerekse hasta ve sistemle ilişkili nedenlere göre istatistiksel anlamlı oranda yüksektir. İlk başvurularında renal kolik, ürtiker gibi tekrarlama olasılığı yüksek hastalıklar ve altta malignitesi olan hastaların EDTB nedenleri arasında ilk sıralarda bulunmuştur. İlk başvurularında özellikle genç hastaların erken taburculuğu, yanlış tanı, ilk değerlendirmeyi daha çok kıdemsiz doktorun yapmış olması gibi önlenebilir doktorlara ait EDTB nedenler de saptanmıştır. Doktor ile ilişkili nedenlere bağlı EDTB yapan hastaların istatistiksel anlamlı daha fazla oranda servislere veya yoğun bakımlara yatış gerektiği tespit edilmiştir. Poliklinikten randevu alınamaması gibi sistemle ilgili nedenlerde yapılan diğer çalışmalara göre daha yüksek oranlarda olduğu görülmektedir.

Erken dönem tekrar başvurular hem hastalar için, hem de doktorlar için ikinci bir şans olduğundan iyi değerlendirilmeli ve risk grubundaki hastalar tekrar başvuru konusunda cesaretlendirilmelidir. Geçerli herhangi bir nedenle taburcu edilmek zorunda kalınan yüksek riskli hastalar, risk süresi içerisinde periyodik olarak telefonla aranabilir ve/veya aile hekiminden evde takip konusunda yardım istenmelidir. Ayrıca AS doktorları da medikal hatalardan kaçınmak için bilgi ve becerilerini artırmalıdır.

Acil servise erken dönemde tekrar başvurulardaki risk faktörlerinin belirteçlerin tanımlanması için ülkemizde ve dünyada daha fazla çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık yöneticileri AS’de medikal bakımın kalitesinin, hasta ve doktor güvenliğinin artırılması, poliklinik hizmetlerinin daha kolay ulaşılabilir olması yönündeki çabalarına, EDTB’lerin önlenabilir diğer nedenleri ile ilgili zaman ve kaynak ayırmayı da eklemelidirler. Her birim EDTB’lerin nedenleri ile ilgili veri bankası oluşturmali ve periyodik kontroller ile bu nedenlerin iyileşme sürecini takip etmelidir.

Yapılan bu çalışmanın; EDTB yapan hastalar ile ilgili literatüre katkı yapacağını, çalışmanın yapıldığı hastane ve kliniğin kendi verilerini elde ederek geliştirilecek yönlerini ortaya çıkaracağını, acil servis doktorlarının özellikle EDTB yapan hastalara yaklaşımlarına olumlu katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

- ¹ Wu CL, Wang FT, Chiang YC, Chiu YF, Lin TG, Fu LF, Tsai TL. Unplanned Emergency Department Revisits within 72 Hours to a Secondary Teaching Referral Hospital in Taiwan. *J Emerg Med* 2010;38(4):512-7.
- ² Ergin M. Acil servis kalabalığının bilimsel yöntemler ile ölçümü. Uzmanlık tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.
- ³ Sturm JJ, Hirsh DA, Lee EK, Massey R, Weselman B, Simon HK. Practice Characteristics. That Influence Nonurgent Pediatric Emergency Department Utilization. *Academic Pediatrics* 2010;10(1):70-4.
- ⁴ Gill CM, Reiser RC. Reiser Risk factors for 72-hour admission to the ED. *Am J Emerg Med* 2004;22(6):448-53.
- ⁵ Nuñez S, Hexdall A, Aguirre-Jaime A. Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *Qual Saf Health Care* 2006;15:102-8.
- ⁶ Han CY, Chang W, Lee HL. Unplanned revisits to the emergency department: What emergency department nurses can do? *AENJ* 2009;12(4):178.
- ⁷ Fan JS, Kao WF, Yen DHT, Wang LM, Huang C, Lee CH. Risk factors and prognostic predictors of unexpected intensive care unit admission within 3 days after ED discharge. *Am J Emerg Med* 2007;25:1009-14.
- ⁸ Lilja G. Emergency Medical Services. In: Tintinalli J, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. *Emergency Medicine: a Comprehensive study guide*. 6th ed. New York: McGraw Hill, 2004;1:1-5.

- ⁹ American College of Emergency Physicians. Definition of emergency medicine and the emergency physician. Ann Emerg Med 1986;15(10):1240-1.
- ¹⁰ Resmi Gazete: 16 Ekim 2009. <http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016.htm> Erişim tarihi: Nisan 2010
- ¹¹ Atilla R. Dünyada ve Türkiye’de Acil Tıp. Kekeç Z. Editör. Tüm Yönleri ile Acil Tıp. 1. Baskı. Adana: 2010;1(1):3-6.
- ¹² Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık uygulama tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. Resmi gazete. 06.08.2010; Sayı ;27764.
- ¹³ Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA, Killeen JP, Pines JM. Improving service quality by understanding emergency department flow: A White paper and position statement prepared for the Am Acad Emerg Med. J Emerg Med 2010;38(1):70-9.
- ¹⁴ Demir B, Demir M. Hastanelerde gerilim/çatışma/şiddet ve çözüm yolları sağlık düşüncesi ve tıp hukuku dergisi. <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=323> Erişim tarihi:28.02.2011.
- ¹⁵ Peck JS, Kim SG. Improving patient flow through axiomatic design of hospital emergency departments. Journal of Manufacturing Science and Technology 2010;2(4):255-60.
- ¹⁶ Sternbach G. Emergency Medicine Then and Now. J Emerg Med 2008;35(2):117-8.

- ¹⁷ TC Sağlık Bakanlığı Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ. Resmî Gazete. 16 Ekim 2009; Sayı: 27378.
- ¹⁸ Dong SL, Bullard M. Emergency department triage. In: Rowe B, Lang E, Brown M et al. Editors. Evidence-Based Emergency Medicine. Oxford; Wiley-Blackwell, 2009;58–65.
- ¹⁹ Berner AR. Triage. In: Harwood-Nuss A, Moore S, Hendry P, editors. The Clinical Practice of Emergency Medicine. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001;1716–8.
- ²⁰ Göransson KE, Von Rosen A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. Int Emerg Nurs 2010;18(1):36-40.
- ²¹ Holliman CJ. The art of dealing with consultants. J Emerg Med 1993;11:633-40.
- ²² Ghawanni AO, Bakhider GO, Aldarrab A. Consultation Impacts on Patients' Length of Stay In the Emergency Department. Ann Emerg Med 2010;56 (3Suppl1):110-1.
- ²³ Özsüt H. Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyonları ve DAS İşlemleri. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre kitabı 2007; 287-91.
- ²⁴ Vosk A. Response of Consultants to the Emergency Department: A Preliminary Report. Ann Emerg Med 1998;32(5):574-7.
- ²⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Yönetmelik yayımlanma tarihi: 12.01.1983. www.saglik.gov.tr Erişim tarihi: 16.02.2011.
- ²⁶ Türkan H, Şener S, Tuğcu H. Acil Serviste Uygunuz Konsültasyon Hizmeti ve Mediko-legal Yönü. Turk J Emerg Med 2005;5(3):138-41.

- ²⁷ Barlas D, Homan CS, Rakowski J, Houck M, Thode HC. How Well Do Patients Obtain Short-term Follow up After Discharge From the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 1999;34(5):610-4.
- ²⁸ Moss JE, Flower CL, Houghton LM, Moss DL, Nielsen DA, DM Taylor. A multi disciplinary care coordination team improves emergency department discharge planning practice. *Med J Aust* 2002;177(8):435–9.
- ²⁹ Kee CC, Borchers L. Reducing read mission rates through discharge interventions. *Clin Nurse Spec* 1998;12 (5): 206–9.
- ³⁰ Goh SH, Masayu MM, Teo PS, Tham AH, Low BY. Unplanned returns to the accident and emergency department-why do they come back? *Ann Acad Med* 1996;25(4):541–6.
- ³¹ Edward J. Otten Admission and discharge decisions in emergency medicine. *J Emerg Med* 2003;25(2):235.
- ³² Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C. Comprehension of Discharge Instructions by Patients in an Urban Emergency Department. *Ann Emerg Med* 1995;25(1):71-4.
- ³³ Vukmir RB, Kremen R, Ilis GL, Hart DA, Lewa MC, Menegazzi J. Compliance with emergency department referral: The effect of computerized discharge instructions. *Ann Emerg Med* 1993;22(5):819-23.
- ³⁴ Parker SG, Lee SD, Fadayevatan R. Co-ordinating discharge of elderly people from hospital to the community. *Evidence Based Healthcare and Publichealth*, 2004;8(6):332-4.
- ³⁵ Xu KT, Nelson BK, Berk S. The Changing Profile of Patients Who Used Emergency Department Services in the United States: 1996 to 2005. *Ann Emerg Med* 2009;54(6):805-10.

- ³⁶ Zautcke JL, Fraker LD, Hart RG, Stevens JS. Denial of emergency department authorization of potentially high-risk patients by managed care. *J Emerg Med* 1997;15(5):605-9.
- ³⁷ Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39:238-47.
- ³⁸ Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older Patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2010;5(63):261-9.
- ³⁹ Fan J, Worster A, Fernandes CMB. Predictive validity of the Triage Risk Screening Tool for elderly patients in a Canadian emergency department. *Am J Emerg Med* 2006;24(5):540-4.
- ⁴⁰ Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: Complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35(1):63-8.
- ⁴¹ Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Ann Emerg Med* 2008;52(2):126-36.
- ⁴² Arslanhan S. Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor? TEPAV yayınları. 2010.1-5. www.yeni.tepav.org.tr/tr/yayin/s/320 Erişim tarihi: 25.09.2010.
- ⁴³ Bernstein SL. Frequent Emergency Department Visitors: The End of Inappropriateness. *Ann Emerg Med* 2006;48(1):18-20.
- ⁴⁴ Fuda KK, Immekus R. Frequent Users of Massachusetts Emergency Departments: A Statewide Analysis. *Ann Emerg Med* 2006;48(1):16.

- ⁴⁵ Lucas RH, Sanford SM. An Analysis of Frequent Users of Emergency Care at an Urban University Hospital. *Ann Emerg Med* 1998;32(5):563-8.
- ⁴⁶ Huang JA, Weng RH, Lai CS, Hu JS. Exploring Medical Utilization Patterns of Emergency Department Users. *J Formos Med Assoc* 2008;107(2):119-28.
- ⁴⁷ Huang JA, Tsai WC, Chen YC. Factors associated with frequent use of emergency services in a Medical center. *J Formos Med Assoc* 2003;102:222-8.
- ⁴⁸ Dent AW, Phillips GA, Chenhall AJ. The heavies trepeat users of an in nercity emergency department are not general practice patients. *J Emergency Medicine* 2003;15:322-9.
- ⁴⁹ Lacalle E, Rabin E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Ann Emerg Med* 2010;56(1):42-8.
- ⁵⁰ Kne T, Young R, Spillane L. Frequent ED users: Patterns of use over time *Am J Emerg Med* 1998;16(7):648-52.
- ⁵¹ Williams RM. Frequent emergency department use in Sweden: Implications for emergency medicine in the United States. *Ann Emerg Med* 2001;37(6): 627-9.
- ⁵² Gordon JA, An LC, Hayward RA, Williams BC. Initial Emergency Department Diagnosis and Return Visits: Risk Versus Perception. *Ann Emerg Med* 1998;32(5):569-73.
- ⁵³ Akyol C. Acil servise aynı şikayet ile tekrar başvuruların değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Antalya:Akdeniz Üniversitesi,2006.
- ⁵⁴ Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the Hospital medical emergency department in France: how

much and which health needs does it reflect?. *J Epidemiol Comm Health* 1996;50:456-62.

- ⁵⁵ Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003;117(4):250-5.
- ⁵⁶ Hansagi H, Carlsson B, Olsson M, Edhag O. Trial of a method of reducing inappropriate demands on a Hospital emergency department. *Public Health* 1987;101: 99-105.
- ⁵⁷ Selva TS, Peirò S, Sendra-Pina P, Martinez-Espín C, Aguilera IL. Inappropriate use of an accidentand emergency department: magnitude, associated factors, and reasons. An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001;37:568–79.
- ⁵⁸ Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, Lloyd J. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med* 1995;13(2):259-64.
- ⁵⁹ Combs S, Chapman R, Bushby A. Evaluation of Fast Track. *Accid Emerg Nurse* 2007;15(1):40-7.
- ⁶⁰ Fernandes CMB, Christenson JM. Use of continuous quality improvement to facilitate patient flow through the triage and Fast-Track areas of an emergency department. *J Emerg Med* 1995;13(6):847-55.
- ⁶¹ Hayden SR, Jouriles NJ, Rosen P. Requiem for “Non-Urgent” Patients in the Emergency Department. *J Emerg Med*, 2010;38(3):381-3.
- ⁶² Koç S, Çetin G, Kolusayın Ö. Acil Olgularda Hekimin Sorumluluğu ve Adli Tıp Sorunları. *Sendrom* 1994; 6(5):54-9.
- ⁶³ Rogers JT. Risk management in emergency medicine. Dallas, TX. American College of Emergency Physicians 1985;7–8.

- ⁶⁴ Gordon JA, An LC, Hayward RA, Williams BC. Initial Emergency Department Diagnosis and Return Visits: Risk Versus Perception. *Ann Emerg Med* 1998;32(5):569-73.
- ⁶⁵ Lerman B, Kobernick MS. Return visits to the emergency department. *J Emerg Med* 1987;5(5):359-62.
- ⁶⁶ Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med* 1989;18(9):964-8.
- ⁶⁷ Pierce JM, Kellerman AL, Bounces CO. An analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19(7):752-7.
- ⁶⁸ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005;83:691–730.
- ⁶⁹ Chang SJ, Hsiao HC, Huang LH, Chang H. Taiwan quality indicator project and hospital productivity growth. *Omega* 2011;39(1):14-22.
- ⁷⁰ Bruce J. Surgical death rates are not a reliable measure of hospital quality. *Evidence-Based Healthcare and public health*, 2005;9(1):20-2.
- ⁷¹ Krause T, Von Renteln-Kruse W. In-hospital falls: a quality indicator? *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2007;101(9):617-22.
- ⁷² Goldman E, Dudley RA. United State rural hospital quality in the Hospital Compare database. Accounting for hospital characteristics. *Health Policy* 2008;87(1):112-27.
- ⁷³ Rath S, Heuer C, Alle W, Bach A, Bischoff B, Bonsanto MM, et al. Integration of generic indicators for quality management in hospital information systems *Int. J Med Inform* 1999;55(3):179-88.

- ⁷⁴ Grenier-Sennelier C, Corriol C, Daucourt V, Michel P, Minvielle E. Développement d'indicateurs de qualité au sein de établissements de santé le projet COMPAQH. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2005;53(1):22-30.
- ⁷⁵ Ercan İ, Ediz B, Kan İ. Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004;30(3):151-7.
- ⁷⁶ Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi. TC. Sağlık Bakanlığı. 02/07/2008;2011- 20.09.2010; 37421.
- ⁷⁷ Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S. Acil servis hizmetine katılan hekimlerin, acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi, 2003;45(2):175-9.
- ⁷⁸ Olshaker JS. Managing Emergency Department Overcrowding. Emerg Med Clin NA, 2009;27(4):593-603.
- ⁷⁹ Wyatt J, Taylor R. Medical malpractice. Accident and Emergency. Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine, 2005;238-40.
- ⁸⁰ Sklar DP, Crandall CS. In reply. Ann Emerg Med 2008;212:216.
- ⁸¹ Liaw SJ, Bullard MJ, Hu PM, et al. Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. J Formos Med Assoc, 1999;98:422-5.
- ⁸² Baer RB, Pasternack JS, Zwemer FL. Recently discharged inpatient as a source of emergency department overcrowding. Acad Emerg Med 2001;8:1091-4.

- ⁸³ Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. “Bounces”: An analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19:752–7.
- ⁸⁴ Miro O, Jimenez S, Alsina C, Javier Tovillas-Moran F, Sanchez M, Borrás A, Milla J. Un scheduled revisits in Medical emergency units at the hospital: incidence and related factors. *Med Clin* 1999;112:610-5.
- ⁸⁵ Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39:238–47.
- ⁸⁶ <http://report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb=&ENVID=adnksdb2Env&repor>
- ⁸⁷ Burt CW, Mc Caig LF. Trends in hospital emergency department utilization: United states, 1992-1999. *National Center for Health Statistics: Vital Health Stat* 2001;13:1–36.
- ⁸⁸ Adekoya N. Patients seen in emergency departments who had a prior visit with in the previous 72 h—National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2002. *Public Health* 2005;119(10): 914-98.
- ⁸⁹ Hu SC. Analisis of patients revisits to the emergency department. *Am J Emerg Med* 1992:336-70.
- ⁹⁰ Çetin A. Acil servise tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi,2006.
- ⁹¹ Ortega M, Miró O, Muñoz A, López B, Vinent BC, Sánchez M. Factores relacion adoscon la revisita y el ingreso de lospacientes que consultan a urgenci as porfiebre. *Medicina Clinica*, 2007;128(7)251-3.

- ⁹² Hung SC, Chew, Kong CT et al. Unplanned emergency department revisits within 72 hours. *J Taiwan Emerg Med* 2004;6;230–8.
- ⁹³ Hu SC. Analysis of patient revisits to the emergency department. *Am J Emerg Med* 1992;10:366–70.
- ⁹⁴ McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med* 2000;7:249-59
- ⁹⁵ Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 2004;22(2):315-21.
- ⁹⁶ Doğru C. Kanser hastalarının erken dönem mortalite tahmininde ECOG (eastern cooperative oncology group scale) ile REMS (rapid emergency medicine score) karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. Ankara. Gazi Üniversitesi, 2011.
- ⁹⁷ Salaazar A, Bardes I, Juan A, Olona N, Sabibo M, Corbella X. High mortality rates from Medical problems of frequent emergency department users at a university hospital tertiary care centre. *Eu J Emerg Med* 2005;12: 2-5.
- ⁹⁸ Kellermann AL. Clinical emergency medicine, today and tomorrow. *Ann Emerg Med* 1995;25: 235–8.
- ⁹⁹ Sklar DP, Crandall CS, Loeliger E. et al. Unanticipated death after discharge home from the emergency department. *Ann Emerg Med* 2007;49:735–45.
- ¹⁰⁰ Hobbs D, Kunzman SC, Tandberg D, et al. Hospital factors associated with emergency center patients leaving without being seen. *Am J Emerg Med* 2000;18:767–72.

- ¹⁰¹ Kelly AM, Chirnside AM, Curry CH. An analysis of unscheduled return
Visits to an urban emergency department. N Z Med J 1993;106(961):334-6.

8. ÖZET

Acil servise erken dönemde (ilk 72 saat) tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi.

Giriş ve amaç: Erken dönemde tekrar başvuru (EDTB), bir hastanın acil servisten (AS) taburcu edildikten sonraki 72 saat içinde tekrar acil servise başvurması olarak tanımlanmıştır. Hastanelerin iş yükünü ve sağlık harcamalarını artıran EDTB'lerin nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır. Bu çalışmanın amacı, EDTB yapan hastaların demografik, sosyolojik ve klinik özelliklerini saptamak, EDTB'lerin tıbbi, kurumsal veya bireysel risk faktörlerini belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma; retrospektif, tanımlayıcı kayıt tarama ve telefonla yapılan 11 sorudan oluşan anketi içeren, iki basamaklı bir çalışmadır. 01.06.2009-31.05.2010 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin AS'ne EDTB yapan 17 yaş üzeri hastalar hastane fatura birimince saptandı. Hastane bilgi sisteminde (Avicenna®) bulunan kayıtları ve hasta dosyaları incelendi. Komorbidite, başvuru şikayetleri, başvuru ve taburculuk zamanları, önceki başvurudaki işlemleri, tanıları, vital bulguları, konsültasyonları, AS'de kalış süreleri, hastaneye yatışı kaydedildi. Hastalara telefonla ulaşılarak 5 soru demografik bilgileri (eğitim düzeyi, medeni hali, sosyal güvence) ve 6 soru EDTB nedenlerine yönelik (reçete verilmesi, kullanması, önerilerde bulunulması, şikayetleri) içeren anket yapıldı. EDTB ile önceki başvurusundaki şikayetleri aynı, farklı ve ilişkili olarak sınıflandırıldı. Verilerin istatistiksel analizinde, Ki Kare ve Fisher Exact testleri kullanıldı. $P<0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışma sürecinde AS'ye toplam 46.800 erişkin hasta başvurduğu, 779 (%1.66) hastanın EDTB yaptığı tespit edildi. Bunlardan, 192'si dosyasına ulaşılamaması, 55'i verilerinin yetersiz olması, 103'ü telefonla ulaşılamaması veya yanıt vermeyi kabul etmemesi nedeni ile çalışmadan çıkarıldı. 429 hasta çalışmaya alındı. Hastaların %51,7'i erkek, %48,7'i bayandı. Üniversite mezunu olanların oranı %30,8 tespit edildi ($p=0,001$) İlk başvurularında AS'de 3 saatten kısa süre kalanların daha sık (%59,0) EDTB yaptığı görüldü ($p=0,001$). En sık EDTB şikayeti %20 ile gastrointestinal sistem, %12,4 ile solunum sistemi, %11,9 ile genitoüriner sisteme ait olduğu görüldü. Her iki grupta da en sık ilk iki tanı renal kolik (%10,3-%10,7) ve ürtiker (7,9-7,1) idi. EDTB'da %47,1 oranında aynı, %24, ilişkili tanı, %28,4 farklı tanı aldıkları saptandı ($p=0,001$). EDTB yapan hastaların %15,0'ı hastaneye yatırıldı, 5' i (%1,2) ise AS'de öldü ($p=0,001$). EDTB nedenleri %60,4 altta yatan hastalık, %20 doktor, %12,1 hasta ve %7,5 sistemle ilişkili bulundu ($p=0,001$). Doktorlar ile ilişkili nedenlerle, ilişkili tanı ile EDTB yapan ve yaşlı hastaların daha fazla oranda hastaneye yattıkları saptandı ($p=0,001$).

Sonuç: Çalışmada EDTB nedeni olarak doktorlar, hasta ve sisteme ait önlenabilir sebepler saptanmıştır. EDTB yapan hastaların yüksek risk grubunu oluşturduğu, EDTB'nin hem hastalar hem de doktorlar için ikinci bir şans olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, erken dönem tekrar başvuru, riskli hasta grubu, önlenabilir sebepler,

9. SUMMARY

The Evaluation of Patient who Re-Visited to Emergency Department in Early Priod (72 Hours)

Introduction: Re-Visit to Emergency Departments in Early Period is defined as the re-visit of the patients who discharged from ED, with the same basic complaints within 72 hours. The reasons such as the increasing of hospital workloads and more health care spendings caused by Early Re-Visit to Emergency Department (ERED) could not be fully understood. The purpose of this study, is to determine the demographic, sociological, and clinical features of the patients who had experienced the ERED, and determine the ERED patients's medical, institutional or individual risk factors.

Materials and methods: This study is a two-stage study which is including, retrospective, descriptive records of screening and a telephone survey which contains of 11 questions. Patients who are older than 17 years old and who admitted Gazi University Faculty of Medicine adult ED between the dates of 01.06.2009-31.05.2010, has been determined by the billing unit. Their records and files which were in hospital's information system (Avicenna®) were scanned and examined. Their comorbidity, complaints, admission and discharge times, their old admission procedures, diagnoses, vital signs, consultations, ED length of stay, hospital admissions were recorded. Reaching the patients by phone, a 5 question survey which is accessing demographic information (education level, marital status, social security) and a 6 questions survey for reasons of ERED

(given a prescription, use, advising, complaints) has been conducted to the patients. Their first admission and ERED complaints were classified as same, different, and related. Chi-Square ve Fisher Exact tests were used for statistical analysis of obtained data. The p-value of less than 0.05 ($p < 0.05$) was considered statistically significant in this study.

Results : During the study period, in total, 46.800 patients has been visited to ED and 799 (%1.66) of them has been detected as ERED patients. Because of 192 of these patient's files can not be reached and 55 of these patients have inadequate data and 103 of these patients either could not be reached by phone or refuse to answer to the survey questions, they have been excluded from the study. 51.7% of the patients were male and 48.7% 's were female. The percentage of university graduates were 30.8% ($p = 0.001$). It has seen that for the patients, whose duration in ED less than 3 hours in their first visit, has made ERED more frequently (59.0%) than others ($p = 0.001$). The most frequent ERED complaints were gastrointestinal system with 20%, respiratory system with 12.4%, and genitourinary system with 11.9%. For the both two visits the first two of the most frequent diagnosis were renal colic (10.3% - 10.7%) and urticaria (7.9% to 7.1%). It has been found that, in the rates that, 47.1% of the patients has the same diagnosis, 24% of the patients had associated with the first diagnosis and 28.4% of the patients had different diagnosis at their ERED ($p=0,001$). 15% of the patients who made ERED received treatment in clinics, and 5 of them (1.2%) has died in ED($p=0,001$). Their corresponding reason to make ERED were found as 60.4% of the underlying causes of disease, 20% doctors, 12.1% patients and 7.5%

the system ($p=0,001$). For the reasons which are related to physicians, it has been found that, associated with a higher incidence of elderly patients hospitalization and the diagnosis with EDTB ($p = 0.001$).

Conclusion: In the study, as a cause of ERED, doctors, had determined the preventable causes which are related to the patient and the system. It should not be forgotten that the patients who made ERED are consisting of high-risk group and ERED is a second chance for both patients and doctors.

Key Words: Emergency Department Return, Early Period Re-Visit, Risky Patient Group, Preventable Causes

10. EKLER

EK - 1

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSE

ERKEN DÖNEMDE (İLK 72 SAAT İÇERİSİNDE) TEKRAR BAŞVURUDA BULUNAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

HASTANIN ADI SOYADI	DOSYA NO	GELİŞ TARİHİ /SAATİ	BİR ÖNCEKİ GELİŞ TARİHİ/SAATİ	TELEFON NO

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER					
YAŞ: CİNSİYET: E () K ()	EĞİTİM DURUMU	MEDENİ HALİ	MESLEĞİ	NEREDE YAŞIYOR	ALİŞKANLIKLA RI
SOSYAL GÜVENCESİ	Üniversite () Lise () Ortaokul () İlkokul () Yok ()	Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()	Emekli () Memur () Esnaf () İşçi () Ev hanımı () İşsiz () Öğrenci ()	Yalnız Başına evinde () Bakıcı ile evinde () Eşi ile Evinde () Çekirdek ailesi ile evinde () Huzur evinde () Diğer:	Sigara () Alkol () Madde () Diğer ()
VAR () YOK ()					

ACİL SERVİSE BAŞVURU ŞİKAYETİ							
BAŞ-BOYUN		SOLUNUM	KVS	GİS		GÜS	NÖRO-PSİK
Boğaz ağrısı Kulak ağrısı Kulak akıntısı İşitme kaybı Burun Akıntısı Burun kanaması Ense sertliği	Göz akıntısı Görme kaybı Göz ağrısı Çift görme Bulanık görme Geniz akıntısı Ağız içi yara	Öksürük Balgam Hemoptizi Nefes darlığı Hırıltılı solunum Efor dispnesi	Göğüs ağrısı Çarpıntı Senkop PND Ortopne Efor anjinası Sırt ağrısı	Karın ağrısı Mide ağrısı Yan ağrısı Bulantı Kusma Konstipasyon Diare	Hematokezya Hematemez Distansiyon, Melena Obstipasyon Tenesmus	Yan ağrısı Dizüri Hematüri Dismenore Vaj. akıntı Vaj. kanama Penil akıntı	Baş ağrısı Baş dönmesi Bilinç kaybı Nöbet geçirme Güçsüzlük Suicidal düşünce Halüsinasyon
CİLT		GENEL		DİĞER			
Kaşıntı Kızamıklık Şişlik		Ateş Halsizlik Genel durum bozukluğu					

ÖZGEÇMİŞİ		BİR ÖNCEKİ GELİŞTE BAŞVURU ŞİK	BİR ÖNCEKİ GELİŞTE BAKAN DR	BİR ÖNCEKİ GELİŞTE BAKAN DR UN KIDEMİ
DM KOA KAH HT KBY KKY	Malignite Hematolojik Norolojik Psikiyatrik Diğer:	Aynı Şikayet () Farklı Şikayet () İlişkili Şikayet ()	Acil Tıp Asistanı () Rotasyonier Asistan () Acil Tıp Uzmanı () Diğer:	Birinci Yıl Asistanı () İkinci Yıl Asistanı () Üçüncü Yıl Asistanı () Dördüncü Yıl Asistanı () Beşinci Yıl Asistanı ()

BİR ÖNCEKİ AYNI ŞİKAYET İLE GELEN HASTA	ÖNCEKİ GELİŞTE ACİLDE TEDAVİ	ÖNCEKİ GELİŞTE ACİLDE KONSÜLTASYON	ÖNCEKİ GELİŞTE ACİLDE REÇETE
Şikayetleri geçmedi () Şikayetleri arttı () Şikayetleri Erkenden tekrar etti () Polikliniğe yönlendirilmedi () Polikliniğe ulaşamadı () Polikliniğe gitmedi () Poliklinikten yönlendirildi () Poliklinikten memnun kalmadı () Polikliniğe güvenmedi ()	Verildi () Verilmedi ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Düzenlendi () Düzenlenmedi ()
	ÖNCEKİ GELİŞTE DÜZENLENEN REÇETEYİ	ÖNCEKİ GELİŞTE ACİLDEN AYRILIŞ ŞEKLİ	
	Kullandı () Kullanmadı ()	Taburcu () Servise Yatırıldı () Kendi isteği ile Ayrıldı () Yatışı kendisi kabul etmedi () Serviste yer olmadığı için Yatırılmadı ()	

BİR ÖNCEKİ GELİŞTE	BİR ÖNCEKİ GELİŞTE ACİLDE KALUŞ SÜRESİ	BİR ÖNCEKİ GELİŞTE ACİLDEN TABURCULUK SAATİ	BİR ÖNCEKİ GELİŞTE ACİLDEN TABURCULUK GÜNÜ
Hastalığı hakkında bilgi verildimi? Evet () Hayır () Tetkik yapıldımı ? Evet () Hayır () Tetkik sonuçları tam açıklandı mı ? Evet () Hayır () Verilen reçete tarif edildimi? Evet () Hayır () Tekrar gelmesi gereken aciller anlatıldımı? Evet () Hayır ()	1-3 SAAT () 3-6 SAAT () 6-12 SAAT () 12-24 SAAT () 24-36 SAAT () 36-48 SAAT () 48-72 SAAT () >3 GÜN ()		Pazartesi () Salı () Çarşamba () Perşembe () Cuma () Cumartesi () Pazar ()

BİR ÖNCEKİ GELİŞİNDE TABURCULUK TANISI	TEKRAR GELİŞTE ACİLDEN AYRILIŞ ŞEKLİ	BİR ÖNCEKİ GELİŞİNDE VİTAL BULGULARI-GKS	TEKRAR GELİŞİNDE VİTAL BULGULARI-GKS
	Taburcu () Servise Yatırıldı () Kendi isteği ile Ayrıldı () Yoğun Bakıma Yatırıldı ()	Ateş : Nabız: TA : Solunum: Puls O2 Sat: GKS:	Ateş : Nabız: TA : Solunum: Puls O2 Sat: GKS:
TEKRAR GELİŞİNDE Kİ TABURCULUK TANISI			

FORMU DOLDURAN DR:

EK - 2



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN.0.H1.02.00
Konu :

/ 781

06.04/2010

ACİL TIP ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI' NA,

İlgi: 26.03.2010 tarih ve 65 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınızda görev yapmakta olan Arş. Gör. Dr. Abdullah Cüneyt HOCAGİL' in bitirme tezi çalışması yapma talebi ilgi kayıtlı yazınız ile bildirilmiş olup, adı geçenin bu isteği değerlendirilmiş ve Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Peyami CİNAZ
Başhekim Vekili

06.04.2010

Bir fotokopi: Dr. Fikret Baye
Bir fotokopi: Dr. Cüneyt Baye
varolun.

Dosya

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Abdullah Cüneyt

Soyadı: HOCAGİL

Doğum Yeri ve Tarihi:

- Ankara, 14.TEMMUZ 1972

Eğitimi:

- İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi 1990- 1997
- Beylerbeyi Lisesi 1983 - 1989

Yabancı Dili:

- İngilizce (Orta)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

- Türkiye Acil Tıp Derneği
- Acil Tıp Uzmanları Derneği

Bilimsel Etkinlikleri:

A. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

A1. Hocagil C. M. Ergin, L. Karaman, A. Demircan “Akut Myokard Enfarktüsünde Bir Atipik Prezantasyon” IV. Ulusal Acil Tıp Kongresi, poster sunum, Belek, Antalya, 8-11 Mayıs 2008

A2. C Hocagil, H. Hocagil, A. Özer, A. Demircan, F. Bildik, A. Keleş “Acil Serviste Hataya Sebep Olabilecek Durumların Değerlendirilmesi” IV. Ulusal Acil

Tıp Kongresi, Sözlü sunum Belek, Antalya, 8-11 Mayıs 2008. (Kongre Sözel Bildiri 2.'liği almıştır)

A3. Hocagil H, Karakılıç E, Gürkan H, Erbil B, Karaca M, **Hocagil A.C** “ Böcek ısırıkları” poster sunumu, 2. Uluslararası Avrasya Acil Tıp Kongresi,28-31 Ekim 2010, Antalya.

B. Acil Tıp İle İlgili Kongre ve Sempozyumlara Katılım / Görev Alma:

B1. Pediatrik Aciller sempozyumu. 02 Haziran 2006, Ankara.

B2. 3. Gazi İç hastalıkları Günleri. 3-4 Mart 2006, Ankara.

B3. 1. Acil Tıp Asistanlığı Sempozyumu. 17-18 Haziran 2006, Ankara.

B4. Serbest Dalış Sporları ve Dalış Acilleri Sempozyumu. 12 Mayıs 2007.

B5. Arteriyel Kan Gazı ve Prohormonlar Sempozyumu, Turk Klinik Biyokimya Derneği, 12 Haziran 2010, Ankara.

B6. 5. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 19 – 22 Nisan 2009, Antalya.

B7. 3. Temel Yoğun Bakım Eğitimi Toplantısı. 11 Ocak 2008, Kırıkkale.

B8. “Acil Serviste hata doğurucu Durumlar ve Çözüm Önerileri” Ankara Acil Toplantıları, Seminer sunusu, 28 Mart 2008, Ankara.

B9. Çocuk Acil Tıp Bahar Sempozyumu.7-8 Mart 2008, Ankara

B10. 4. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 8 – 11 Mayıs 2008, Antalya.

B11. 4. Acil Tıp Kış Sempozyumu, 25. Gevher Nesibe Tıp Günleri, 1 – 4 Mart 2007, Erciyes, Kayseri.

B12. Birinci Basamakta Allerjik Hastalıklara Yaklaşım Sempozyumu. 27-28 Mayıs 2010, Ankara.

B13. 4. Paramedik sempozyumu.25-27 Nisan 2008. Ankara.

B14. 3. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi. Bilimsel Danışma Kurulu Üyeliği, 11-13 Haziran, İstanbul.

C. Acil Tıp İle İlgili Kurs ve Eğitim Programlarına Katılım:

C1. İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Eğitimi. 20 Kasım 2000, Malatya.

C2. Klinik Araştırmacı Eğitim Programı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 15 Aralık 2009, Ankara.

C3. Deney Hayvanları Uygulama ve Etik Kursu, Gazi Üniversitesi Laboratuvar Hayvanları Yetiştirme ve Deneysel Araştırmalar Merkezi, 23 Mart – 1 Nisan 2009, Ankara.

C4. Travma ve Resusitasyon Kursu, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği, 15 – 18 Nisan 2008, Ankara.

C5. İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursu, Türk Kardiyoloji Derneği, 19-20 Ocak 2007, Bursa.

C6. Nörolojik Aciller Çalıştayı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 1 Mart 2008 Ankara.

D. Ulusal Kitaplarda Yazılan Bölümler:

D1. Özel G. **Hocagil C.** Demircan A. “Motosiklet Sürücülerinin İlk Yardım “ Çelik O (editör), Polisler için Motosiklet Eğitimi. EGM Yayınları, 2008, 1. Baskı, Ankara, sf: 130-152.